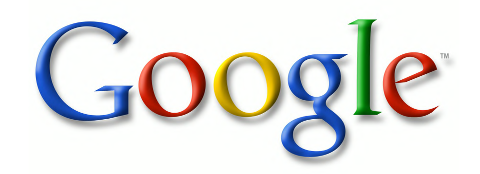
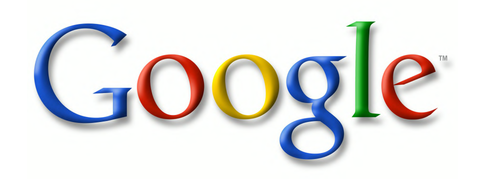
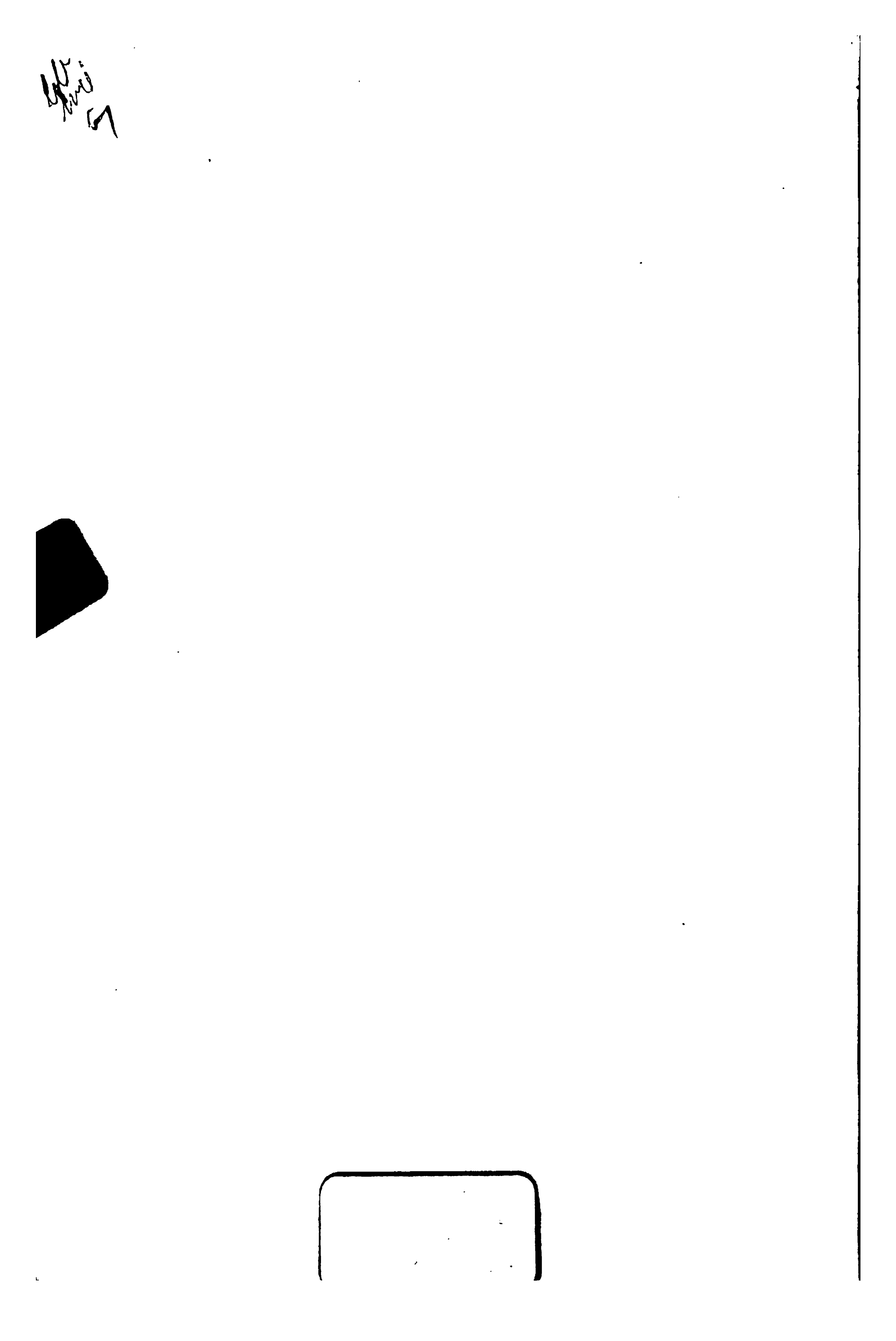







REVUE MÉDICALE

REVUE MÉDICALE

PUBLIÉE PAR

E. HUBERT, G. VERRIEST, E. VENNEMAN,
L. DANDOIS ET J. DENYS

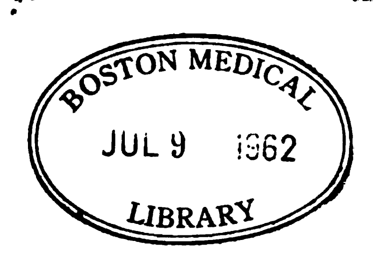
PROFESSEURS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ CATHOLIQUE
DE LOUVAIN

Secrétaire de la Rédaction : L. DANDOIS.

ONZIÈME ANNÉE

LOUVAIN
TYPOGRAPHIE DE CHARLES PEETERS
RUE DE NAMUR, 20

1893



DE LA STÉRILISATION DES ÉPONGES.

Au cours d'une opération, il est nécessaire, dans l'intérêt de la précision des manœuvres, d'absterger le sang et les exsudats de la surface de la plaie.

Les propriétés physiques des éponges les rendent réellement précieuses pour cet office, et leur emploi en chirurgie remonte aux temps les plus reculés.

Malheureusement, par leur aptitude même à retenir dans leurs pores les matières organiques qui se trouvent à la surface des plaies, les éponges sont exposées à devenir des agents redoutables d'infection.

Il est impossible de se rappeler sans frémir le temps, qui n'est pas encore bien éloigné, où les quelques éponges que possédaient les services les plus importants de chirurgie, promenées tous les jours de la salle des malades à la salle d'opérations, déposées au premier endroit venu ou roulant à terre, à peine passées à l'eau de temps en temps, renouvelées le plus rarement possible, servaient indifféremment à essuyer le sang des plaies fraîches et le pus des plaies infectées.

Dans la clientèle privée, il arrive encore souvent que des gens bien intentionnés vont chercher, pour l'opération qui se prépare, les éponges affectées dans la maison à la toilette la plus intime, mais je n'oserais pas supposer qu'il y a encore des praticiens qui les acceptent.

Les éponges neuves elles-mêmes, telles qu'elles se trouvent dans le commerce, doivent être soumises, avant d'être employées, à une désinfection rigoureuse, car elles représentent tout bonnement un être animal qui a subi la putréfaction.

Malheureusement, la désinfection des éponges, comme celle du catgut et pour la même raison, nécessite des manœuvres longues et compliquées, sans procurer une sécurité absolue.

Les éponges ne peuvent être aseptisées par la chaleur, parce que les températures élevées les ratatinent au point de les mettre hors d'usage,

et il faut se borner à les soumettre à la stérilisation telle quelle par les moyens mécaniques et les solutions antiseptiques.

Aussi, ce n'est pas sans raison qu'on a voulu proscrire les éponges de la pratique chirurgicale; on s'est adressé principalement pour les remplacer à *l'ouate et à la gaze hydrophiles*, c'est-à-dire à l'ouate et à la gaze du commerce, rendues bien absorbantes, après avoir été dépouillées de leurs matières grasses et de leur apprêt par l'ébullition dans les lessives alcalines.

L'ouate hydrophile, dite aussi *ouate de Bruns*, a été très en vogue pendant quelque temps; on en faisait de petites pelotes que l'on maintenait pendant l'opération dans une solution phéniquée; on les employait bien exprimées et elles ne servaient qu'une fois.

L'ouate est une substance à bas prix, et, si elle est abandonnée en grande partie, c'est parce qu'elle n'absterge pas bien la surface d'une plaie; si on voulait encore l'employer, on aurait soin de la stériliser à l'étuve.

Pour empêcher que des parcelles d'ouate ne restent adhérer aux tissus, on a aussi proposé de renfermer les tampons d'ouate dans une enveloppe de gaze; on a fait de même avec la tourbe et d'autres substances à bon marché.

On utilisera ces ressources en cas de nécessité, mais c'est la gaze qui se prête incontestablement le mieux à remplacer l'éponge; elle est très appréciée par les chirurgiens; ceux qui, comme Bergmann, peuvent se payer ce luxe, se servent de *pelotes de gaze*, formées de morceaux d'environ 20 centimètres carrés grossièrement chiffonnés dans la main; chaque pelote est rejetée après un seul emploi et on en con somme ainsi de grandes quantités; les autres, à l'imitation de Billroth, font confectionner des *compresses-éponges ;* c'est de la gaze pliée en plusieurs doubles de manière à former des carrés de 20 à 30 centimètres de côté; chaque compresse est composée de huit épaisseurs de gaze en moyenne; elle est ourlée exactement, mais à grands points, sur tous ses bords.

Les compresses-éponges sont très commodes : on peut leur donner toutes les dimensions et toutes les formes, les employer étalées pour protéger les organes, ou chiffonnées pour pénétrer dans les cavités et les interstices. Jadis, on les cuisait dans l'acide phénique à 5 p. c. ou le sublimé à 2 p. 1000 pendant plusieurs heures et on les conservait

dans le même liquide frais; au moment de s'en servir, on les en retirait pour les rincer dans l'eau stérilisée; à présent, on stérilise les compresses-éponges à l'étuve en même temps que les objets de pansement; elles peuvent, rincées à propos, servir plusieurs fois dans le cours d'une opération, à moins d'avoir été souillées de matières septiques; l'opération terminée, il est d'usage de les détruire toutes; leur prix de revient est du reste insignifiant; elles pourraient cependant être réutilisées sans inconvénient, après avoir été stérilisées à nouveau, si leur tissu n'était rapidement détérioré par l'usage.

A ce titre, *les compresses en tissu-éponge*, qui sont en faveur en France, sont très économiques, car elles peuvent servir indéfiniment; elles sont d'un usage courant à l'hôpital de Louvain pour maintenir les intestins pendant les laparotomies; ces compresses se trouvent toutes préparées dans le commerce ou bien on les découpe dans le tissu spécial dont elles sont formées.

En réalité, si tous ces succédanés sont supérieurs aux éponges pour la sécurité, ils ne les valent pas pour la puissance d'absorption, la souplesse et l'élasticité; les éponges restent indispensables dans bon nombre de cas, notamment dans toutes les opérations étendues et sanglantes, et, même dans la pratique courante, il est bien difficile de s'en passer; il est donc nécessaire de connaître la manière de les traiter avant, pendant et après l'opération.

I. *Avant l'opération*. La méthode que j'appellerai classique de stérilisation des éponges est la suivante :

1° Les éponges neuves, encore sèches, roulées dans un linge, sont battues à l'aide d'un maillet de bois, afin d'être dépouillées du sable et des petits coquillages qu'elles renferment constamment.

Après le *battage*, elles sont lavées à l'eau modérément chaude qui entraîne avec le sable restant d'autres impuretés ou des matières colorantes.

2° Les éponges sont plongées pendant 24 heures dans une solution de *permanganate de potasse* à 1 p. 500; il convient de renouveler la solution au bout de 12 heures.

Les éponges, fortement colorées en brun au sortir de cette solution, sont lavées, puis agitées avec un morceau de bois, dans une solution au centième d'*hyposulfite de soude*, jusqu'à ce qu'elles soient par-

faitement blanchies. On ajoute généralement une solution à 8 p. c. d'acide chlorhydrique dans la proportion d'un cinquième à la solution d'hyposulfite, afin d'augmenter le dégagement de l'acide sulfureux. Le résultat est obtenu généralement au bout de quelques minutes; une immersion trop prolongée dans ce mélange aurait l'inconvénient de ramollir les éponges à l'excès.

3° Après avoir été soigneusement lavées dans l'eau stérilisée et bien exprimées, les éponges sont placées dans un bocal, fermant exactement par un bouchon à l'émeri, rempli d'une *solution phéniquée* à 5 p. c.; elles doivent y séjourner *huit jours* au moins avant d'être utilisées; quelques-uns exigent même quinze jours de conservation dans le bain antiseptique qu'il faut avoir soin alors de renouveler une fois dans l'intervalle, l'acide phénique s'évaporant rapidement, surtout si l'occlusion du flacon n'est pas hermétique.

On donne dans ce cas la préférence à l'acide phénique, parce que le sublimé noircit les éponges qui ont été blanchies par l'acide sulfureux; sinon, le sublimé serait préférable; il faut savoir cependant qu'il enlève aux éponges une partie de leur élasticité, en formant des précipités avec les matières organiques et les sels calcaires; on prévient ces précipités en préparant les solutions de sublimé avec le chlorure de sodium et l'acide tartrique, comme je l'ai indiqué précédemment.

Il est facile de supposer que les éponges ainsi traitées ne sont pas toujours parfaitement stériles; il suffit de rappeler que les spores du charbon demeurent inaltérées pendant des semaines dans la solution phéniquée à 5 p. c.

Les recherches instituées autrefois par Frisch dans le service de Billroth ont montré effectivement que la désinfection des éponges obtenue par ce procédé était souvent insuffisante; au moins renferment-elles fréquemment des espèces microbiennes pourvues de spores. Pour détruire ces spores, l'auteur a conseillé de provoquer leur germination en *maintenant les éponges pendant plusieurs jours dans l'eau tiède*, avant de les plonger dans l'eau phéniquée; il voulait même qu'on répétât plusieurs fois cette manœuvre afin d'assurer la transformation de toutes les spores en bactéries; on sait que celles-ci sont beaucoup plus sensibles que les spores à l'action des antiseptiques.

Cette méthode compliquée de préparation des éponges est encore

suivie fidèlement dans certains services, mais on l'abandonne de plus en plus, et avec raison, selon moi.

En réalité, Frisch n'a pas démontré avec la rigueur actuellement exigée dans ces sortes d'expériences que les éponges retirées des bocaux phéniqués fussent infectées; le terme de bactéries pourvues de spores est très vague et ne s'applique sûrement pas aux microbes pyogènes; on connaît la susceptibilité de ceux-ci vis à vis des solutions antiseptiques.

Aussi, d'accord avec les données de l'expérience clinique, je considère la stérilisation des éponges neuves. obtenue par la méthode classique indiquée plus haut, correctement pratiquée, comme offrant des garanties suffisantes.

J'ai même souvent procédé plus simplement, soit lorsque j'avais à faire préparer des éponges par des médecins dans la clientèle privée, soit lorsque le temps me manquait pour une préparation complète et méthodique.

Je me contentais de les faire soumettre, après le battage, à un *lavage prolongé dans l'eau savonneuse* un peu chaude, et de les faire maintenir ensuite, bien rincées et exprimées, 24 ou 48 *heures seulement dans une solution de sublimé*, à 2 p. 1000.

Pour m'être servi fréquemment d'éponges ainsi traitées dans les opérations les plus délicates, telles que les laparotomies, je puis affirmer que les praticiens qui auront recours à ce procédé sommaire et facile de préparation des éponges n'éprouveront aucun mécompte; il est bien entendu qu'il s'agit d'éponges n'ayant pas encore servi.

Convaincus néanmoins des imperfections de la stérilisation des éponges par les solutions antiseptiques, plusieurs chirurgiens se sont efforcés récemment de faire intervenir la chaleur dans leur préparation, en s'entourant de quelques précautions. Benkisser a utilisé la *chaleur sèche*, qui effectivement est bien tolérée par les éponges, à condition qu'elles soient elles-mêmes parfaitement sèches. Il ne suffit pas pour cela de les dessécher avant de les soumettre à une température élevée; pour les débarrasser de toute trace d'humidité, il faut encore élever graduellement la température dans l'étuve; on atteint ainsi sans inconvénient une température de 140° à 150°, à laquelle les éponges restent exposées pendant plusieurs heures.

La méthode est sûre, mais d'une exécution assez délicate, trop compliquée pour entrer dans la pratique courante.

Il en est autrement de la méthode recommandée par Schimmelbusch, qui est basée sur la puissance bactéricide de la *solution sodique chaude;* assurément, il ne peut être question d'employer le liquide à la température de 100°; aussi, l'auteur enlève le vase du feu un peu avant d'y placer les éponges; celles-ci, renfermées dans un linge, restent une demi-heure dans la solution, qui se maintient pendant ce temps à une température voisine de 80° à 90°, suffisante pour tuer les spores les plus résistantes, insuffisante pour crisper fortement les éponges.

Schimmelbusch a constaté que des éponges infectées de charbon et de pus étaient déjà stérilisées au bout de 10 minutes de séjour dans la solution sodique à 1 p. c , employée à cette température.

Au sortir de la solution, les éponges sont lavées à l'eau chaude à l'effet d'être débarrassées de la soude qu'elles conservent, et placées bien exprimées dans la solution de sublimé; il n'y aurait pas même d'inconvénient à s'en servir immédiatement.

La méthode est à la fois simple et efficace, et elle mérite d'être vulgarisée; elle n'a qu'un léger inconvénient : les éponges perdent rapidement leur élasticité sous l'influence de ce traitement, lorsqu'il se répète, et cela à cause de la température élevée du liquide; par suite, les éponges ne fournissent pas une carrière aussi longue que lorsqu'on les soumet au traitement classique.

Je conseille la solution sodique chaude comme procédé expéditif de stérilisation des éponges.

II. *Pendant l'opération.* Immédiatement avant l'opération, les éponges sont retirées du bocal antiseptique à l'aide d'une pince stérilisée et d'abord bien *débarrassées de la solution* qui les imprègne.

Pour cela, après les avoir bien exprimées, on les lave à plusieurs reprises dans l'eau stérilisée; il est difficile de les débarrasser complètement du liquide dans lequel elles ont été conservées, ce qui est cependant désirable, car ce liquide, exprimé sur les plaies, aurait l'inconvénient d'irriter les tissus et de fournir à l'absorption des principes toxiques.

Dans certains services, les éponges sont exprimées énergiquement à l'aide d'une presse mécanique au sortir de la solution antiseptique.

Il est inutile de faire remarquer que les éponges n'absorbent bien qu'à l'état humide; aussi, *elles doivent baigner dans l'eau stérilisée*; c'est dans le même liquide qu'elles sont lavées au cours de l'opération, au fur et à mesure qu'elles reviennent chargées de sang.

Il est parfaitement inutile, ou plutôt il est nuisible, de se servir d'une solution antiseptique, ainsi que quelques-uns en ont conservé l'habitude, pour laver les éponges; ce qu'on exige des éponges en effet, ce n'est pas de désinfecter les tissus qu'elles essuyent, mais seulement de ne pas les infecter.

Quant aux éponges qui arrivent souillées de pus ou d'autres produits septiques, on a soin de ne pas les remettre dans l'eau de lavage, mais de les tenir à l'écart; il serait dangereux de les réutiliser, car il ne faut pas songer à les désinfecter sur l'heure, même en les passant dans des liquides antiseptiques.

III. *Après l'opération.* Les éponges sont dépouillées du sang et des autres souillures par un *lavage à grande eau* prolongé jusqu'à ce que le liquide reste clair; on se sert pour cela d'eau froide d'abord, puis d'eau tiède ou chaude additionnée de savon et de sel de soude; il y en a qui répètent ces lavages pendant plusieurs jours, selon le procédé de Frisch; finalement, après avoir été rincées dans l'eau stérilisée et bien exprimées, elles sont *replacées dans le bocal* renfermant le liquide antiseptique fraîchement préparé; *elles y séjournent une semaine au moins* avant de servir à une nouvelle opération. Dans la plupart des services de chirurgie qui utilisent encore les éponges, il y a ainsi un bocal d'éponges pour chaque jour de la semaine, et, pour éviter que les éponges ne soient reprises prématurément, l'étiquette de chaque bocal porte le nom d'un jour de la semaine.

Néanmoins, il faut bien le dire, *les éponges qui ont servi restent toujours suspectes;* les caillots sanguins ou les matières grasses dont leur pores restent chargés malgré les lavages échappent en effet facilement à l'imprégnation par les solutions antiseptiques; n'était la dépense, il serait bon de les jeter après un premier usage.

Pour ma part, j'ai pour principe de ne plus employer pour une opération exigeant une asepsie rigoureuse une éponge qui a déjà servi, fût-elle conservée depuis longtemps dans une solution antiseptique. Soumises à l'action de la chaleur sèche ou de la solution sodique

chaude, les éponges ayant déjà servi offriraient incontestablement plus de sécurité.

Les éponges qui ont été infectées doivent être sacrifiées définitivement; on a bien proposé de les soumettre à une nouvelle désinfection, comme les éponges neuves, mais il serait imprudent de se fier à ce traitement, ainsi qu'à tout autre.

Comme le prix de revient des éponges est assez élevé, on fera bien de choisir de préférence, pour les opérations pratiquées sur des tissus infectés et dans les cavités muqueuses, des éponges qui, ayant servi plusieurs fois, sont à peu près hors d'usage, ou bien de recourir aux tampons d'ouate et aux compresses de gaze.

Dans aucun cas, il ne faut demander aux éponges, si on veut leur accorder quelque confiance, des services prolongés, et leur provision sera renouvelée fréquemment. Dr DANDOIS.

A PROPOS D'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE.

« Toutes les fois qu'on a recours au chloroforme, a dit autrefois Sédillot, la question de vie ou de mort se trouve posée ; chloroformer est un art qui exige une attention de tous les instants, beaucoup d'habitude et d'expérience. » Aussi, il n'est pas permis de dire que les craintes manifestées encore aujourd'hui par bon nombre de praticiens, lorsqu'ils se trouvent obligés de recourir à l'anesthésie générale, sont exagérées.

A ce titre, j'ai jugé utile de faire connaître une méthode d'administration du chloroforme qui, comme le témoigne sa rapide vulgarisation, a marqué un véritable progrès; il s'agit de *la chloroformisation à doses faibles et continues*, appelée ainsi par opposition à l'ancienne méthode, où l'on procédait par intermittences et par des doses massives; on la caractérise encore par le nom de *chloroformisation goutte par goutte.*

Voici, d'après M. Baudouin, qui a publié une brochure sur le sujet, le manuel de cette méthode :

On verse sur la compresse ou le mouchoir 2 *à* 4 *gouttes* de chloro-

forme, puis on applique la compresse sur les narines et l'orifice buccal du patient, en la plissant de telle sorte qu'elle prend la forme d'une sorte de petit cornet. Pendant les *premières inspirations*, mais pendant elles seules, il faut avoir soin de ne pas obstruer complètement la bouche et les narines, pour ne pas surprendre les muqueuses d'une façon trop brusque. Au bout d'un quart de minute environ, les 3 à 4 gouttes de chloroforme sont évaporées; on en verse de nouveau 4 ou 5 gouttes sur la compresse, au point correspondant au bout du nez, sans l'enlever ni la changer de place. Puis brusquement, le plus vite possible, pour ne pas permettre au malade d'inspirer de l'air pur, on la renverse et on la réapplique très rapidement de la même façon. Une demi-minute après, on refait la même manœuvre, en versant toujours 4 à 6 gouttes d'anesthésique, rarement plus, sur la compresse qu'on peut désormais appliquer avec confiance sur la figure. Il faut un quart d'heure à vingt minutes et 7 à 8 grammes de chloroforme pour obtenir l'anesthésie.

L'anesthésie obtenue, il suffit de déposer chaque fois sur la compresse 2 à 3 gouttes de chloroforme, si on la retourne environ une fois par minute. On ne dépense ainsi que 15 à 20 grammes d'anesthésique par heure.

En France, on continue à se servir de la compresse tout simplement pour administrer le chloroforme; chez nous, où on se sert du masque, il n'y a pas lieu de le retourner après avoir versé le chloroforme, comme on fait avec la compresse; on peut le laisser appliqué tout le temps sur la face; on évite ainsi plus sûrement que le patient n'aspire de l'air pur, ce qui est une des particularités de la méthode; on comprend en effet que, vu les petites doses employées, la narcose serait difficile à obtenir, si on tenait le masque à distance ou si on l'enlevait constamment de la figure; seulement, il faut dépouiller l'ancien masque du morceau d'éponge qu'il renfermait, car l'éponge absorberait pour son compte tout le chloroforme versé.

Pour verser le chloroforme, le moyen le plus simple est de se servir d'un petit flacon compte-gouttes ordinaire, tel qu'on en trouve actuellement dans presque toutes les pharmacies.

La paternité de ce procédé paraît appartenir au prof. Labbé, de Paris, qui déjà en 1882, l'avait préconisé à l'Académie de médecine,

mais ce n'est guère que depuis deux ans qu'il s'est fait apprécier, non seulement en France, mais en Allemagne.

Les avantages de ce procédé sont nombreux :

1° La période d'agitation, qui n'est pas toujours la moins alarmante, est à peu près totalement supprimée; pour cela, il est avantageux — et c'est une particularité sur laquelle il est bon d'insister — que la tranquillité et le silence soient observés autour du patient; le mieux sera de l'endormir dans une place à l'écart.

2° Les vomissements font presque toujours défaut avant, pendant ou après la narcose, à condition que le chloroforme soit de bonne qualité.

3° Le sommeil se prolonge tranquillement aussi longtemps qu'on le désire, sans être entrecoupé comme autrefois de ces moments pénibles pour l'entourage, où le patient, à demi-éveillé, pousse des cris et s'agite.

Pour constater la narcose, M. Baudouin conseille de rechercher si la sensibilité de la face interne des cuisses, qui disparaîtrait plus tardivement encore que le réflexe cornéen, est abolie; la perte de la sensibilité de cette région se constate spécialement chez l'homme par la suppression du réflexe crémastérien; il est plus commode de rechercher, en touchant la cornée, si le réflexe palpébral a disparu.

On trouble et on retarde la chloroformisation, en appelant le malade à tout instant, comme on le pratiquait autrefois.

Pendant la narcose, on ne surveille que la coloration de la face et la respiration; les altérations du pouls viendraient plus tardivement que celles de la respiration; il est donc superflu ou plutôt il est nuisible que l'attention du chloroformisateur soit absorbée par le contrôle du pouls.

4° Le réveil est facile et ne s'accompagne d'aucun sentiment de malaise; souvent les opérés restent tranquillement endormis pendant les premiers temps qui suivent la narcose et les troubles consécutifs à la chloroformisation (troubles digestifs ou autres) se dissipent beaucoup plus rapidement que par le passé.

Ces avantages sont précieux dans tous les cas, mais spécialement chez les cardiaques, les bronchitiques, et en général les débilités que grâce à ce procédé on aura moins de craintes d'endormir; ils sont naturellement la conséquence de la dose totale, notablement moindre qu'avec les anciens procédés, de chloroforme dépensé.

Si la narcose s'obtient néanmoins aisément par ces doses réellement minimes, c'est que tout le chloroforme versé est utilisé, grâce à l'application intime et constante du masque sur la face.

Aussi, il ne faut pas s'imaginer qu'avec ce procédé, et en calculant simplement la quantité de l'anesthésique dépensée, on n'ait plus à se préoccuper des accidents graves de la chloroformisation; M. Baudouin lui-même a eu un cas de mort à la première inhalation.

Il est permis d'espérer cependant que cette méthode, employée avec prudence, restreindra même les accidents graves de la chloroformisation ; quant aux accidents légers, il est certain qu'elle les supprime pour ainsi dire complètement.

Le procédé goutte par goutte n'a qu'un inconvénient : la période de début, celle qui précède l'anesthésie complète, est un peu longue ; il suffit de commencer un peu plus tôt la chloroformisation.

Ce procédé a été expérimenté il y a deux ans à l'hôpital de Louvain dans le service d'ophtalmologie d'abord, puis dans le service de chirurgie, et ses avantages ont paru tellement évidents qu'il s'est fait adopter d'emblée et qu'il est aujourd'hui exclusivement employé ; c'est incontestablement le meilleur procédé de chloroformisation.

On a essayé dans ces derniers temps de remplacer au moins partiellement le chloroforme par le *bromure d'éthyle;* le bromure d'éthyle est connu comme narcotique depuis une vingtaine d'années déjà, mais il avait été fort peu employé jusqu'ici ; il a été particulièrement expérimenté à la clinique de Billroth depuis la fin de l'année 1891.

Le bromure d'éthyle a pour formule C_2H_5Br : c'est un liquide incolore, d'une odeur éthérée, d'une densité de 1,47, bouillant à 40°.

Pour pratiquer l'anesthésie avec le bromure d'éthyle, on se sert d'un masque en flanelle, que l'on applique aussi hermétiquement que possible sur le visage, de façon à couvrir la bouche et le nez.

Le bromure ne doit pas être versé goutte à goutte, avec prudence, comme le chloroforme, mais à plein goulot, de façon qu'il imbibe rapidement la surface du masque. S'il arrive que le malade brusquement suffoqué cherche à se dégager, on résistera à ses efforts, persuadé qu'il suffit généralement de cinq à six bonnes inspirations pour produire l'anesthésie ; celle-ci survient rarement avant la perte de connaissance, ce qu'on reconnaît alors à l'égarement des yeux, au

léger affaissement du corps et à la facilité de mouvoir la tête. De hautes doses de bromure d'éthyle amènent plutôt de la contracture que du relâchement.

La dose habituelle est de 20 grammes que l'on verse en une fois sur la compresse.

Le réveil se fait généralement tout d'un coup au bout de quelques minutes et il ne s'accompagne d'aucun malaise sauf un peu de lourdeur; chez les alcooliques, on observe le plus souvent une courte excitation.

Il y a rarement des vomissements et toujours, ils sont de courte durée.

Pour la narcose par le bromure d'éthyle, il semble indifférent que les malades soient à jeûn ou non; il n'exige pas nécessairement le concours d'un aide et peut être administré dans la position assise, où il est plus aisé de pratiquer certaines opérations.

L'avantage principal du bromure d'éthyle c'est *la promptitude avec laquelle le sommeil vient et avec laquelle il se dissipe;* il convient ainsi pour les *petites opérations* qui ne doivent pas durer plus de huit minutes; on l'a notamment utilisé pour enlever des végétations adénoïdes, des polypes du nez, de l'oreille, pour extraire des dents, etc., chez les enfants difficiles.

On a prétendu que le bromure d'éthyle, à l'inverse du chloroforme, ne déterminait jamais de syncope et qu'il était à peu près inoffensif, mais à la clinique de Billroth, on a observé un cas de mort, chez un homme de 48 ans, anesthésié à propos d'un furoncle et l'opération avait duré deux minutes. Tout d'un coup, le malade se cyanosa, la circulation et la respiration s'arrêtèrent et ne reparurent plus, malgré toutes les tentatives pratiquées dans ce but pendant une heure et demie. A l'autopsie, on trouva une dégénérescence graisseuse du cœur et du foie et une dégénérescence parenchymateuse des cellules épithéliales du rein. Ces altérations prouvent que le malade aurait succombé à une anesthésie, pratiquée avec n'importe quel agent.

Ce n'est pas cependant le seul cas de mort occasionné par le bromure d'éthyle et on n'est pas autorisé à le considérer comme moins dangereux à manier que le chloroforme.

Le *pental* est encore un produit que l'on a cherché à substituer

au chloroforme, pour certaines opérations de courte durée, comme le bromure d'éthyle.

Sa composition est très complexe; on le désigne sous le nom de pental à cause des cinq atomes de carbone qu'il renferme; c'est un liquide mobile, incolore, neutre, facilement inflammable, brûlant avec une flamme très éclairante, doué d'une odeur éthérée particulière et d'une saveur douceâtre. Son poids spécifique est, d'après R. Schiff, de 0,678 à 0°.

Le sommeil s'obtient aisément par le pental avec cette particularité que l'analgésie précède la disparition complète de la conscience; on se sert d'un masque qu'on applique intimement sur la figure et sur laquel on verse en une fois toute la dose nécessaire.

La narcose vient au bout d'une minute en moyenne sans être précédée de phénomènes d'excitation.

Le pental a été administré comme anesthésique dans les petites opérations chirurgicales, telles que l'extraction des dents; 20 centimètres cubes de ce carbure (15 grammes) en moyenne suffisent pour déterminer l'anesthésie; celle-ci se produit habituellement au bout de trois à quatre minutes et n'est pas très profonde.

L'administration du pental ne provoquerait ni vomissements, ni trouble dans la respiration et les battements du cœur.

En raison de son inflammabilité, qui rappelle celle de l'éther, le pental doit être manié avec prudence.

Les malades s'éveillent très rapidement, en une minute, et n'éprouvent aucune incommodité au réveil.

Le pental a les inconvénients de ne pas déterminer une résolution musculaire complète, de s'enflammer aisément, de coûter cher et d'avoir une odeur désagréable.

L'anesthésie par le pental a été préconisée pour la même raison que celle par le bromure d'éthyle : la rapidité avec laquelle elle apparaît et disparaît ensuite; le pental aurait sur le bromure d'éthyle l'avantage de permettre de prolonger l'anesthésie au besoin.

Malheureusement le pental est loin d'être inoffensif; il résulte particulièrement d'expériences entreprises dans le laboratoire du prof. Heymans, à Gand, que c'est un anesthésique dangereux, d'abord, parce qu'il abaisse la pression sanguine et surtout parce qu'il arrête, parfois d'une manière brusque, la respiration.

Autant que je sache, le pental est déjà actuellement à peu près abandonné; ses dangers paraissent plus grands que ceux de tout autre anesthésique.

Je ne parlerai pas du *protoxyde d'azote*, qui n'est guère employé que par les dentistes; il est relativement inoffensif bien qu'il ait plus d'un méfait à son passif : Gurlt a pu réunir 11,464 narcoses obtenues l'année dernière par le protoxyde d'azote et sur le nombre il n'y avait pas un seul cas de mort.

Il n'y a en somme que *l'éther sulfurique* qui puisse rivaliser avec le chloroforme pour les applications générales de l'anesthésie.

Pour terminer, je citerai la statistique suivante produite cette année par Gurlt au Congrès des chirurgiens allemands; elle permettra de juger comparativement du degré d'innocuité des divers anesthésiques : l'enquête au sujet de l'anesthésie chirurgicale poursuivie en Allemagne a donné jusqu'à présent les chiffres suivants :

130,609 narcoses chloroformiques avec 46 morts, soit 1 sur 2,809; 14,360 narcoses par l'éther avec 0 mort; 4,118 narcoses par l'éther et le chloroforme avec 1 mort; 3,440 narcoses par le mélange de Billroth (chloroforme, éther et alcool) avec 0 mort; 4,538 narcoses par le bromure d'éthyle avec 1 mort, et 597 narcoses par le pental avec 3 morts, ce qui donne une proportion considérable de 1 mort sur 199 narcoses. Le chloroforme congelé de Pictet a sur son actif 708 narcoses avec 3 morts.

On voit que le chloroforme Pictet, ainsi que je l'avais laissé pressentir lorsque j'ai signalé ce produit aux lecteurs de la *Revue*, n'est pas plus inoffensif que tout autre; le chloroforme le plus pur a ses dangers.

Il est inutile de faire ressortir combien cette statistique est favorable à l'éther; en Allemagne, Trendelenburg s'est déclaré nettement partisan de la narcose par l'éther; Küster a renoncé également au chloroforme, dont il s'était servi pendant 21 ans, pour n'employer maintenant que l'éther dont il se déclare entièrement satisfait.

Si l'éther n'a pas encore conquis la faveur générale, il n'est pas impossible qu'il n'arrive bientôt à supplanter le chloroforme; les chirurgiens devront considérer comme un devoir de recourir à l'éther, lorsqu'il sera démontré qu'il est le moins dangereux de tous les agents d'anesthésie générale.

Je ne reviendrai pas sur le parallèle entre le chloroforme et l'éther, ni sur le mode d'administration de l'éther; j'ai développé longuement ces deux points l'an dernier dans la *Revue*. 1891 n° 10 p. 439 et suivantes

En résumé, l'éther semble être l'anesthésique de choix, parce qu'il relève les forces du cœur et il a moins d'inconvénients consécutifs que le chloroforme; avec l'éther on n'a pas à redouter à tout instant comme avec le chloroforme une syncope cardiaque et c'est à peine si l'opérateur a à se préoccuper de la narcose.

Cependant il est des cas où le chloroforme reste préférable; c'est dans les affections bronchiques ou pulmonaires où l'éther peut avoir ses dangers en provoquant une hypersécrétion considérable.

Küster avoue avoir perdu un vieillard atteint de bronchite de cette façon; ce décès n'est pas relevé dans la statistique générale que j'ai citée plus haut.

Le chloroforme est également préféré par quelques chirurgiens dans les opérations pratiquées sur la face et le cou, parce qu'il ne nécessite pas absolument comme l'éther l'usage d'un masque et que le masque, difficile à désinfecter, est un danger pour la plaie.

On a aussi proposé d'associer le chloroforme et l'éther; la manière de procéder varie; les uns commencent par donner le chloroforme, puis administrent l'éther; les autres procèdent inversement; d'autres encore, comme Billroth, donnent pendant tout le temps de la narcose un mélange de 100 parties de chloroforme, de 30 parties d'éther et de 30 parties d'alcool; le mélange de Billroth paraît aussi devoir être recommandé.

Il n'est pas encore possible de tirer des conclusions sur les avantages ou les inconvénients de ces diverses combinaisons.

Il en est de même relativement aux injections de morphine, ou de morphine combinée à l'atropine, pratiquées avant la narcose soit par le chloroforme, soit par l'éther; certains chirurgiens vantent ces injections dans tous les cas; d'autres seulement chez les individus forts et chez les alcooliques, d'autres enfin ne s'en servent jamais.

En ce qui concerne les cas de mort, l'autopsie a pu être pratiquée dans les 4/5 des cas et elle a révélé presque invariablement l'existence de lésions internes plus ou moins graves; soit l'amincissement, le relâchement ou la dégénérescence du muscle cardiaque, soit des

adhérences du péricarde avec le cœur ou la plèvre, soit l'hypertrophie ou des affections valvulaires du cœur, l'athérome artériel, soit encore des adhérences étendues ou des épanchements pleurétiques, de la tuberculose pulmonaire, des altérations du foie ou des reins.

Ce n'est que dans le très petit nombre de cas qu'on n'a pas trouvé de lésions pathologiques, si bien qu'en résumé la plupart des patients qui trouvent la mort pendant la narcose en portent le germe auparavant.

Ces résultats montrent bien l'importance de l'examen minutieux du malade pratiqué avant la narcose, à l'effet de découvrir éventuellement l'une ou l'autre contre-indication. Dr DANDOIS.

LE TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPÈLE.

Y a-t il autre chose à faire aujourd'hui, en présence d'un cas d'érysipèle, qu'à prescrire de la poudre d'amidon pour recouvrir les parties malades, à tenir le malade à la diète et à lui administrer un purgatif ou un vomitif? Pour remplacer cette médication symptomatique ou empirique, une médication capable d'abréger la durée et d'arrêter la marche d'une affection dont il ne faut se dissimuler ni les inconvénients ni les dangers serait assurément la bienvenue. On ne peut prétendre que tous les essais thérapeutiques qui seront tentés contre l'érysipèle sont d'avance condamnés à l'impuissance et je vais examiner si les innovations les plus récentes ont consacré quelque progrès dans cette voie.

Talamon prétend réussir à faire avorter dans bon nombre des cas l'érysipèle au moyen des *pulvérisations éthérées de sublimé.* Il se sert d'une solution de sublimé dans l'éther à 1 p. 100 qu'il projette systématiquement au moyen d'un pulvérisateur sur toute la plaque malade, en empiétant d'un centimètre ou deux sur la peau saine.

La durée de la pulvérisation doit varier selon la finesse de la peau ; non seulement, il ne faut pas craindre la vésication, mais la provoquer hardîment en prolongeant la pulvérisation ; aussi, faut-il pré-

venir le malade, avant de commencer le traitement, que les pulvérisations vont produire une cuisson assez douloureuse, que le visage se gonflera, qu'il se formera des cloches et des croûtes.

Une ou deux pulvérisations énergiques suffiraient, quand elles sont bien faites; on ajoute ensuite quelques pulvérisations plus légères, sur les points où l'affection semble progresser.

On le voit, le traitement est compliqué et pénible à supporter; d'après Juhel-Renoy, il laisse en outre sur la face des pigmentations désagréables; puis, il ne rachète pas ces inconvénients par son efficacité, car aucun des cliniciens qui l'ont expérimenté jusqu'à présent n'en a obtenu les résultats merveilleux annoncés par son inventeur; on se demande du reste comment le sublimé, qui n'est pas absorbé par la peau, pourrait agir si efficacement contre l'érysipèle.

L'ichthyol, recommandé pas Nussbaum, continue à jouir d'un certain crédit en Allemagne : on l'applique mêlé à l'axonge, à la vaseline ou à la lanoline dans des proportions variables (depuis 10 p. 100 jusqu'à parties égales); mais la meilleure préparation est sans contredit celle qui a été expérimentée par le dr Sachs : le collodion à l'ichthyol à 10 p. 100; on en recouvre d'une couche épaisse toute la plaque érysipélateuse et ses alentours; on obtient ainsi des effets aussi instantanés que remarquables : suppression de la douleur, chute de la fièvre; un seul badigeonnage suffit quelquefois; la guérison parfaite a été obtenue au bout de 2 jours.

L'ichthyol est bien supporté par la peau et n'a aucun des inconvénients de la médication précédente.

Lücke et après lui Winckler ont vivement recommandé l'*essence de térébenthine*. Ce traitement consiste à badigeonner quatre ou cinq fois par jour les parties malades avec un pinceau ou un tampon d'ouate imbibé d'essence de térébenthine rectifiée. Avant la première application, on fait un lavage de la peau à l'alcool et à l'éther. S'il existe des plaies ou des ulcérations, on les protège avec de la lanoline au sublimé. Pour éviter la dissémination des germes infectieux, on conseille de faire le badigeonnage en allant des parties saines vers les parties malades. On couvre ensuite le tout d'une couche d'ouate que l'on fixe par une bande.

On évite de mettre de la térébenthine au voisinage du bord libre des paupières.

Aussitôt après le badigeonnage, le malade ressent une chaleur vive et une cuisson, mais ces sensations s'émoussent par la suite du traitement.

Dès le premier badigeonnage, l'urine prend l'odeur de violette.

Winckler pense que l'essence de térébenthine agit très énergiquement sur les bactéries par suite de la propriété qu'elle a de produire de l'ozone, qui est un oxydant très énergique. L'odeur des urines prouve que la térébenthine est bien réellement absorbée.

C'est pour cette raison que l'auteur considère la térébenthine comme contre-indiquée, lorsque l'érysipèle se développe chez les albuminuriques, et qu'il conseille d'examiner les urines dans tous les cas.

Après avoir expérimenté le remède sur lui-même et sur une série de malades, il s'en est déclaré fort satisfait.

On a encore recommandé le mélange de *tannin* et *de camphre* avec l'éther; Cavazzani prescrit :

Acide tanique	} ââ 2 grammes.
Camphre	
Ether sulfuriq.	15 —

en badigeonnant les parties malades toutes les 3 ou 4 heures, il aurait obtenu dans plus de cent cas la guérison de l'érysipèle en 2 ou 3 jours; il faut agiter la mixture avant de s'en servir.

Le Dr Ringier *(Therap. Monats.)* a constaté également les résultats remarquables de ce traitement non seulement dans l'érysipèle, mais dans la lymphangite et les inflammation cutanées mal déterminées qui surviennent si fréquemment à la suite des blessures légères des extrémités; il répète les badigeonnages toutes les deux heures au besoin.

Il est bon de savoir que le mélange fait explosion à la flamme.

Rappelons encore que les lotions avec une *solution d'acide phénique dans l'alcool absolu* (5 p. 100) ont été jugées très efficaces par Kohn et Rosenbach dans l'érysipèle.

A l'application de topiques médicamenteux, on a substitué il y a quelque temps *le traitement mécanique* de l'érysipèle (voir *Revue médic.* 1890, p. 82); le prof. Wölfler et le dr Kroell, à peu près simultanément, ont montré qu'on pouvait s'opposer à la marche progressive de l'affection en exerçant une simple compression sur la peau.

Comme l'a indiqué le d[r] Kroell, c'est au rétrécissement ou à l'oblitération des canalicules intercellulaires qu'il faut attribuer l'efficacité de ce procédé; il ne faut pas un obstacle bien considérable pour s'opposer au passage des microbes; on voit tous les jours la présence d'un tissu cellulaire plus dense et plus résistant faisant suite à un tissu cellulaire lâche arrêter net une suppuration dans sa marche envahissante, ou bien un érysipèle se propager dans telle ou telle direction selon la structure ou les conditions anatomiques de la peau.

En comprimant la peau sur les confins de la plaque érysipélateuse, on réalise artificiellement les conditions anatomiques défavorables à la marche de l'affection.

Le d[r] Kroell se sert d'anneaux formés par une bande en caoutchouc de 3 centimètres de largeur; il les applique autour de la partie à protéger de manière à exercer une compression suffisante sans mettre obstacle toutefois à la circulation; pour exercer par exemple une compression juste convenable autour d'un crâne, dont la circonférence mesurerait du front à l'occiput 55 à 60 centimètres (chiffres moyens), la circonférence de l'anneau avant son application devrait mesurer 40 à 44 centimètres approximativement; on relève les cheveux sur le sommet de la tête avant l'application de la bande; chez l'homme, on pourrait raser à la rigueur une bande du cuir chevelu au niveau du front; il est quelquefois nécessaire de matelasser la peau à l'aide d'ouate pour rendre la pression supportable au-dessus du pavillon de l'oreille.

Il est incontestable que la bande en caoutchouc est quelquefois pénible à supporter, mais le malade s'estimera heureux, si, au prix de cette incommodité, il est, comme c'est presque toujours le cas, préservé de l'érysipèle du cuir chevelu avec ses inconvénients et ses dangers : chute des cheveux, propagation aux méninges.

Au lieu des anneaux en caoutchouc, les praticiens se serviront de préférence des bandelettes d'emplâtre conseillées par Wölfler qu'ils auront toujours sous la main, qui sont moins pénibles à supporter et qui sont également efficaces, bien qu'à un moindre degré; on les applique circulairement autour du crâne comme les anneaux en caoutchouc, mais il faut habituellement en renouveler tous les jours l'application, l'emplâtre cessant d'exercer une compression suffisante à mesure qu'il se ramollit à la chaleur de la peau.

Pour les érysipèles du tronc, les anneaux en caoutchouc ne sont pas applicables, car ils ne seraient pas tolérés; on aura recours aux bandelettes de sparadrap circonscrivant à quelque distance les parties malades; pour les érysipèles des membres, on aura la ressource des bandelettes d'emplâtre, les anneaux ou un simple tube en caoutchouc; la compression circulaire entraîne naturellement le développement d'un certain œdème, qui n'a pas d'inconvénient; on veillera seulement à ce que la compression n'aille pas jusqu'à produire la cyanose des téguments.

Le Dr Juhel-Renoy a essayé le traitement mécanique au moyen des bandelettes de diachylon laissées trois à quatre jours en place; quand cette application est bien faite, dit-il, quatre fois sur dix environ on arrive ainsi à circonscrire l'érysipèle; comme ce traitement est d'une exécution assez minutieuse, il a eu l'idée d'associer l'ichtyol à la compression au moyen du vernis. Dans ce but, il a employé un mélange en parties égales d'ichtyol et de traumaticine (gutta-percha dissoute dans le chloroforme). Les badigeonnages avec ce mélange lui ont paru circonscrire les érysipèles de la face dans plus de la moitié des cas, et il parle, bien entendu, d'érysipèles au deuxième ou au troisième jour, et d'érysipèles non atténués spontanément. Il ajoute seulement que les badigeonnages doivent être faits minutieusement.

Il est incontestable que le collodion à l'ichtyol agit également, en partie du moins, par ses propriétés mécaniques, car le collodion simple donne aussi de bons résultats et, dans la pratique, c'est au traitement par le collodion à l'ichtyol, combiné avec l'application de bandelettes de sparadrap, que je crois devoir donner la préférence.

Quant au *traitement opératoire* de l'érysipèle, consistant à introduire une solution antiseptique dans les tissus au moyen d'injections sous-cutanées ou de scarifications du derme, il est abandonné; il est douloureux et souvent inefficace.

Dr DANDOIS.

DIAGNOSTIC DE L'ANGINE DIPHTÉRITIQUE.

Dans une leçon clinique publiée par le *Bulletin médical*, le dr Marfan a cherché à résoudre pratiquement le problème, bien souvent difficile, du diagnostic de l'angine diphtéritique.

Il rappelle d'abord un précepte de médecine infantile : tandis que chez l'adulte, on ne regarde guère la gorge que lorsque le sujet accuse de la chaleur ou de la dysphagie pharyngées, chez les enfants et surtout chez les petits enfants, il ne faut pas attendre d'y être invité pour pratiquer cet examen ; *il faut toujours regarder la gorge chez les enfants*, quels que soient les troubles pour lesquels on demande conseil au médecin, et, comme cette exploration provoque ordinairement des cris et de l'agitation, elle doit être faite à la fin de l'investigation clinique.

L'examen de la région pharyngée permet de reconnaître, s'il existe une angine. Celle-ci reconnue, il faut établir une première distinction : ou la gorge est rouge, ou elle offre à sa surface des enduits blanchâtres.

Si la gorge est rouge, s'il s'agit d'une angine érythémateuse, on peut écarter délibérément la diphtérie. On a dit, il est vrai, que l'angine diphtérique peut évoluer en deux phases : une phase érythémateuse et une phase pseudo-membraneuse; et quelques médecins affirment avoir observé la maladie à la phase érythémateuse pure; mais ces affirmations visent des cas tout à fait exceptionnels.

L'erreur ne durerait pas du reste longtemps : un exsudat blanchâtre se produirait au bout de quelques heures.

Au contraire, quand on constate que l'angine s'accompagne de la présence d'enduits blanchâtres, il faut toujours penser à la diphtérie, mais cependant *toute angine blanche n'est pas une angine diphtéritique.*

Il y a plusieurs *éléments de diagnostic différentiel* des angines blanches que, d'après le travail de l'auteur, nous ramènerons à trois : *les caractères objectifs de l'exsudat*, *l'analyse bactériologique*, et enfin *les circonstances étiologiques.*

Caractères de l'exsudat. Au point de vue purement objectif, il faut distinguer deux formes principales d'angines blanches : 1° l'angine folliculaire; 2° l'angine pseudo-membraneuse.

L'*angine folliculaire* est caractérisée par la production dans les cryptes de l'amygdale d'une matière blanchâtre, formée de mucus, de cellules rondes. On l'appelle encore *amygdalite cryptique ou lacunaire.* Son aspect est typique : à la surface des amygdales plus ou moins tuméfiées et rouges, on voit de petites taches blanches, du

volume d'un grain de mil environ; *chacune de ces petites taches représente l'orifice d'une lacune* de l'amygdale comblée par l'exsudat blanchâtre; il suffit souvent de presser sur l'amygdale avec le doigt pour faire jaillir cette matière crêmeuse et pour vider en partie les cryptes.

Il arrive quelquefois que l'exsudat s'étale à la surface de l'amygdale pour donner naissance à des taches blanches un peu plus larges, mais même alors l'exsudation ne franchit pas les limites de la région amygdalienne pour gagner les piliers du voile du palais ou la luette. Même dans les cas douteux, on se tirerait d'affaire en recueillant l'exsudat; *dans l'angine folliculaire, l'exsudat n'a aucune cohésion*, il s'écrase facilement et se dissout ou se dissocie dans l'eau.

L'*angine pseudo-membraneuse ou couenneuse* est bien différente de l'angine folliculaire : dès le début, on voit sur une des deux amygdales ou sur les deux *une plaque blanche, large, d'un seul tenant.*

Autour de la plaque, la muqueuse est gonflée et l'enchâsse souvent comme un verre de montre.

En outre, *la plaque primitive a une grande tendance à l'envahissement*; elle ne reste pas limitée à l'amygdale; elle gagne le voile du palais et ses piliers, elle s'étend sur la luette qui peut être engaînée par la couenne comme par un gant; elle envahit aussi la paroi postérieure du pharynx.

Enfin *la membrane possède une cohésion considérable*, elle ne peut s'écraser, ni se dissocier dans l'eau; elle se déchire difficilement. Ajoutons encore que les fausses membranes se reproduisent presque toujours avec une plus ou moins grande rapidité, tandis que l'exsudat de l'amygdalite lacunaire peut ne point se reproduire après un premier lavage.

Seulement, il n'est pas exact, comme on l'a cru jusque dans ces dernières années, que l'angine folliculaire soit toujours de nature non diphtéritique et l'angine couenneuse toujours de nature diphtéritique.

Les recherches bactériologiques sont venues démontrer que le diagnostic de l'angine diphtéritique est à peu près impossible d'après les seuls caractères objectifs de l'exsudat.

En effet : 1° Il est établi que *toutes les angines pseudo-membraneuses ne sont pas diphtéritiques*, c'est-à-dire causées par le bacille spécial de Klebs-Löffler; elles peuvent être causées par d'autres bactéries, notamment par les streptocoques, les staphylocoques et les pneumocoques, sans que dans ces cas, la fausse membrane se distingue en rien de la couenne diphtéritique.

2° Il est établi également que *quelquefois, la diphtérie peut revêtir la forme de l'amygdalite cryptique*; déjà avant l'intervention de la bac-

tériologie, on avait vu des amygdalites folliculaires se transformer en angines couenneuses, être suivies de croup. La bactériologie est venue confirmer les prévisions de la clinique; le bacille de Klebs virulent a été trouvé quelquefois dans l'exsudat crémeux de l'angine lacunaire, alors que rien ne permettait de penser à la diphtérie.

Examen bactériologique. Il est actuellement acquis que *le diagnostic de la diphtérie ne peut être fait en toute certitude qu'à l'aide de l'examen bactériologique*, et cet examen est pratiqué régulièrement aujourd'hui dans les services hospitaliers, mais il est inutile d'indiquer la technique de cet examen, car les praticiens qui exercent la médecine loin de tout laboratoire ne pourront jamais y recourir, d'autant plus qu'ils sont obligés de porter un diagnostic dès leur première visite, dans l'intérêt du pronostic, de la prophylaxie et du traitement.

Dans la pratique privée, il est donc difficile d'arriver à un autre diagnostic qu'à un diagnostic probable.

Les éléments de probabilité sont tirés d'abord des caractères objectifs de l'exsudat; ainsi, dans la pratique, *on n'a qu'un petit nombre de chances de se tromper en considérant l'amygdalite folliculaire comme n'étant pas diphtéritique;* la bactériologie a en effet démontré qu'il en est ainsi dans la très grande majorité des cas; il suffira donc dans ces cas de surveiller le malade de près et de réaliser une antisepsie bucco-pharyngée rigoureuse.

Circonstances étiologiques. C'est pour distinguer les diverses variétés de l'angine pseudo-membraneuse que les circonstances étiologiques viendront à profit.

Pour cela on établira d'abord une distinction capitale : *on se demandera si l'angine pseudo-membraneuse est primitive ou secondaire*, c'est-à-dire si elle a surpris un individu en pleine santé, ou si elle s'est développée au cours ou la suite d'un état morbide préexistant : la scarlatine, la rougeole, la syphilis, la fièvre typhoïde.

Si l'angine pseudo-membraneuse est primitive, on n'hésitera pas à la considérer comme étant de nature diphtéritique. Il est démontré, en effet, que dans la majorité des cas, les angines pseudo-membraneuses primitives sont dues au bacille Klebs, et que dans un très petit nombre de cas seulement, elles sont dues au streptocoque, au staphylocoque, au pneumocoque, au coccus de Roux et Yersin, ou enfin à l'herpès guttural.

Dans les cas exceptionnels où une erreur serait commise, elle ne porterait préjudice à personne.

C'est l'angine herpétique qui est la plus difficile à distinger de l'angine diphtérique parmi les autres angines membraneuses, à moins

d'assister à la première phase, la phase vésiculaire, mais en pratique, on fera d'autant mieux de la confondre avec l'angine diphtéritique, que l'angine herpétique est une maladie assez rare surtout dans l'enfance.

Parmi les angines pseudo-membraneuses secondaires, les plus fréquentes sont celles de la scarlatine.

Les angines pseudo-membraneuses de la *scarlatine* doivent être distinguées en *précoces* et *tardives*.

Les enduits blanchâtres de la gorge au début de la scarlatine sont parfois de simples exsudats folliculaires plus ou moins étalés; parfois ce sont de véritables fausses membranes. Ces angines blanches précoces de la scarlatine, bien que revêtant quelquefois une apparence grave, guérissent ordinairement au moment où l'éruption s'efface; et la bactériologie a prouvé qu'elles ne sont presque jamais dues au bacille de Klebs, mais qu'elles sont causées presque toujours par les streptocoques. Aussi, au point de vue pratique, *on peut considérer l'angine pseudo-membraneuse précoce de la scarlatine comme n'étant pas de nature diphtérique.*

C'est tout le contraire pour l'*angine pseudo-membraneuse tardive de la scarlatine*, pour celle qui survient après l'effacement de l'éruption, ou pendant la convalescence; et, au point de vue pratique *on doit considérer l'angine pseudo-membraneuse tardive de la scarlatine comme une angine diphtérique*, d'ailleurs fort grave.

Les recherches bactériologiques n'ont pas éclairé d'une manière aussi précise la nature des autres angines pseudo-membraneuses secondaires, d'ailleurs beaucoup plus rares.

Disons seulement que *les angines pseudo-membraneuses de la syphilis ne se sont pas montrées jusqu'ici comme de nature diphtérique* : qu'elles compliquent le chancre primitif ou les plaques muqueuses, elles relèveraient du streptocoque.

L'origine pseudo-membraneuse de la rougeole ne paraît pas due non plus au bacille de Klebs, bien quelle soit grave.

Quoi qu'il en soit, il est bon de s'imposer comme règle de *se comporter en présence d'un cas douteux, comme s'il s'agissait d'un cas de diphtérie.*

En terminant, l'auteur signale la possibilité d'erreurs de diagnostic de l'angine membraneuse avec le muguet du pharynx et avec l'amygdalite phlegmoneuse.

On reconnaîtra *le muguet du pharynx* à l'aspect si spécial de la matière blanche, à la facilité avec laquelle elle se détache et se désagrège, à la coexistence habituelle du muguet buccal, à la plus grande abondance de la matière blanche au voile du palais et à la voûte palatine, aux conditions étiologiques dans lesquelles le mal se développe,

et, enfin, au besoin, on le reconnaît à l'examen microscopique qui montre aisément la présence de l'oïdium albicans.

L'amygdalite phlegmoneuse se reconnaît à la tuméfaction considérable d'une des deux amygdales qui vient faire saillie dans l'isthme du gosier, quelquefois recouverte d'un exsudat blanchâtre qui prête à l'erreur; mais l'unilatéralité de la lésion et la contracture de la mâchoire lèveront les doutes.

Quant à *l'angine gangréneuse pure*, elle est très rare et difficile à distinguer de la diphtérie. L.

—

SYPHILIS ET PARALYSIE GÉNÉRALE.

Qui se serait douté, naguère encore, que la paralysie générale, cette grande pourvoyeuse des asiles d'aliénés, était fréquemment une des manifestations de la syphilis constitutionnelle?

Les relations étiologiques de la paralysie générale avec la syphilis, dont nous avons antérieurement parlé, se confirment en effet chaque jour davantage, et le prof. Fournier vient d'en faire le sujet d'une de ses leçons cliniques.

Pour montrer ce que pareil sujet a de neuf et d'imprévu, l'auteur cite le témoignage suivant : dans l'article *Paralysie générale* publié par le Dictionnaire encyclopédique, en 1885, le mot de syphilis ne figure même pas à l'étiologie.

Il examine ensuite quelles sont les raisons qui autorisent aujourd'hui à admettre une relation causale entre la syphilis et la paralysie générale :

1° Il y a avant tout *la fréquence des antécédents syphilitiques chez les paralytiques généraux :* malgré que dans cette maladie, il soit si difficile de rechercher les antécédents, on aboutit à les rencontrer jusque dans les 2/3, jusque dans les 4/5 des cas et au delà.

Ces chiffres attestent d'une façon patente, irrécusable, un rapport causal des plus intimes entre la syphilis et la paralysie générale. Le simple hasard n'est pas capable de faire pareille chose.

Donc, il n'est plus à le nier, la paralysie générale reconnaît très certainement la syphilis comme un de ses facteurs étiologiques, et comme un facteur étiologique puissant, considérable, de premier ordre.

2° Un autre argument est obtenu en recherchant *ce que deviennent, à échéance plus ou moins éloignée, les malades traités pour la syphilis.*

Eh bien, dit Fournier, quant à moi, je déclare qu'il m'est souvent, très souvent, arrivé de voir des malades que j'avais traités de la syphilis aboutir, plusieurs années après (10, 12, 15 ans après) à des états cérébraux constituant ou bien ce que je considérais primitivement

comme des pseudo-paralysies générales, ou bien ce qu'aujourd'hui (et plus légitimement, pour la plupart au moins) je qualifierai de paralysie générale vraie.

Il s'en faut, à coup sûr — et de beaucoup — que les syphilitiques finissent par la paralysie générale aussi souvent que par le tabes; mais ce que je puis affirmer, c'est qu'ils finissent par la paralysie générale plus souvent qu'on ne le croit et que je ne l'ai cru moi-même jusqu'à ces dernières années. Tel en est même le nombre qu'il est impossible de croire sur ce point à des faits de pure coïncidence.

Ainsi donc, aliénistes et syphiliographes, par des voies opposées, les premiers en remontant dans le passé de leurs paralytiques généraux, les seconds en suivant leurs syphilitiques dans l'évolution descendante de leur diathèse, sont conduits au même résultat. Les uns et les autres aboutissent à constater une influence indéniable, irrécusable de la syphilis sur la genèse de la paralysie générale.

3° Un troisième argument est tiré de *la corrélation de fréquence d'un sexe à l'autre entre la paralysie générale et la syphilis.*

Tout le monde est d'accord sur ce fait que la paralysie générale est relativement rare chez la femme (:: 1 : 7, d'après Ball).

Eh bien, il en est de même exactement pour la syphilis qui est, elle aussi, beaucoup plus rare chez la femme que chez l'homme.

Laissant de côté la clientèle toute spéciale des hôpitaux, Fournier établit que depuis son doctorat, en 1860, il a donné ses soins, en ville, à 15,100 hommes syphilitiques pour 1,400 femmes syphilitiques. Proportion : 1 cas de syphilis féminine contre 10 et une fraction de syphilis masculines.

Puisque la fréquence ou la rareté de la paralysie générale dans un sexe donné se trouve en proportion avec la fréquence ou la rareté de la syphilis dans ce sexe, n'est-ce pas là, pour le moins, une présomption arithmétique en faveur de la doctrine qui accorde à la syphilis une influence étiologique sur la paralysie générale?

4° Relativement rare dans le sexe féminin, *la paralysie générale n'atteint guère que des femmes vouées à la syphilis* presque fatalement par leur profession (femmes irrégulières, femmes du demi-monde, prostituées).

5° *La rareté relative de la paralysie générale et de la syphilis simultanément dans certains milieux* est aussi un argument en faveur de la relation des deux maladies; ainsi, chez les habitants des campagnes relativement à ceux des villes, en certains pays, l'Irlande, l'Ecosse, en général chez les ecclésiastiques, les religieux, les quakers.

6° *Dans les cas si rares de paralysie générale développée chez les jeunes sujets, on trouve presque toujours la syphilis* dans les antécédents.

7° Dans une leçon spéciale, le prof. Fournier s'est appliqué à démontrer *les connexions de la paralysie générale avec le tabes*, lequel dérive indubitablement 90 fois au moins sur 100 de la syphilis; nouvel argument indirect pour démontrer que la paralysie générale dérive elle aussi de la syphilis. L.

—

DURÉE DE L'INCUBATION ET DE LA CONTAGIOSITÉ DES MALADIES INFECTIEUSES.

Il est de la plus grande importance pour l'hygiène publique de connaître la durée de l'incubation et de la contagiosité des maladies épidémiques, et les médecins sont souvent appelés à donner leur avis sur ce sujet; on conçoit que cette durée ne puisse pas toujours être déterminée avec précision et qu'elle oscille du reste entre des limites plus ou moins étendues.

Voici les conclusions d'un rapport qui a été communiqué à la Société clinique de Londres et qui a trait à cette question.

Diphtérie. — L'incubation est en moyenne de 4 jours; il est exceptionnel qu'elle dépasse 7 jours. La contagion peut se faire à toutes les périodes de la maladie et longtemps même après la guérison; il n'est pas possible de fixer à ce propos une date fixe.

Fièvre typhoïde. — L'incubation moyenne est de douze à quatorze jours; elle n'est que de huit à neuf jours dans certains cas et atteint exceptionnellement vingt-quatre jours dans d'autres. La contagion se fait pendant toute la durée de l'affection et jusqu'à quinze jours après la guérison.

Influenza. — L'incubation est de trois à quatre jours. La contagiosité peut persister dix jours après le début de la maladie.

Rougeole. — L'incubation est de quatorze jours en moyenne. La contagion s'opère non seulement, ainsi qu'on le dit, pendant la période d'invasion, mais encore après la convalescence.

Oreillons. — L'incubation semble être de deux à trois semaines. Très contagieux pendant les trois ou quatre premiers jours, les oreillons le sont beaucoup moins après.

Rubéole. — L'incubation est très variable; elle paraît être en moyenne de 18 jours. La contagion peut s'opérer pendant les 3 ou 4 jours qui précèdent l'éruption, et pendant l'évolution de celle-ci, mais la contagiosité disparaît vite.

Scarlatine. — L'incubation varie entre 24 et 72 heures; la contagion persiste longtemps après la guérison.

Variole. — L'incubation est de 12 jours; la contagion, possible pendant la première période, l'est surtout à la période de suppuration jusqu'à complète dessication des pustules.

Varicelle. — L'incubation moyenne est de 14 jours; elle peut aller jusqu'à 20 jours. La contagion se fait surtout pendant l'éruption.

L.

QUELQUES RECHERCHES SUR LES FONCTIONS DE L'ESTOMAC.

Le prof. von Mering s'est livré à quelques recherches intéressantes, consignées dans le *Therap. Monatshefte*, sur les fonctions encore mal connues de l'estomac.

Il est d'observation, fait-il observer d'abord, que les sujets porteurs d'une dilatation gastrique, conséquence d'une sténose du pylore, souffrent habituellement de soif, d'oligurie et de constipation et ont la peau sèche; leur estomac renferme par contre une notable quantité de liquide, et si, après l'avoir évacué artificiellement, on y introduit un repas liquide, par exemple le soir, il arrive qu'on y trouve le lendemain une masse liquide plus considérable que celle ingérée la veille.

Ces phénomènes étaient de nature à faire supposer que l'estomac n'absorbe pas à l'état normal une quantité notable des liquides ingérés, en dépit de l'opinion généralement admise, et qu'au contraire des liquides sont sécrétés à la surface de l'estomac simultanément avec l'absorption de certains matériaux nutritifs.

C'est cette hypothèse que l'auteur a cherché à confirmer par l'expérience; en pratiquant une fistule duodénale à des chiens, il a observé que l'eau ingérée dans l'estomac à l'état de vacuité s'en écoule en totalité ou à peu près par le duodénum.

Cette expérience, répétée un grand nombre de fois, démontre ainsi qu'effectivement *l'eau n'est pas absorbée en quantité appréciable par l'estomac;* les animaux du reste souffraient de la soif malgré l'abondance du liquide ingéré.

Des expériences analogues, instituées avec l'alcool, donnèrent des résultats tout différents; un fort chien qui avait reçu dans l'estomac au moyen de la sonde 225 centimètres cubes d'eau et 75 centimètres cubes d'alcool, fournit par la fistule duodénale 496 centimètres cubes de liquide, parmi lesquels 28 centimètres cubes d'alcool.

Des 75 centimètres cubes d'alcool ingéré, 47 avaient ainsi disparu dans l'estomac, et en même temps, 468 centimètres cubes d'eau avaient quitté l'estomac, au lieu des 225 introduits.

Des recherches établies avec les diverses variétés de sucre, avec la dextrine, les peptones donnèrent des résultats équivalents.

Il résulte de ces expériences 1° *que l'alcool est résorbé dans l'estomac en quantité notable, de même que le sucre, et pour une proportion moindre, la dextrine et la peptone, et les substances salines;*

2° *qu'avec la résorption de ces diverses substances, une sécrétion plus ou moins abondante d'eau a lieu à la surface de l'estomac.*

En résumé, il semble que l'absorption dans l'estomac, contrairement à ce qui se passe dans l'intestin, est régie par les simples lois physiques de la diffusion.

Ces expériences permettent de comprendre pourquoi, comme il est indiqué plus haut, le contenu de l'estomac peut être plus considérable que la quantité ingérée chez les individus souffrant de sténose du pylore; si l'estomac reçoit des substances qui sont susceptibles d'être absorbées par l'estomac, telles que le sucre, la dextrine, la peptone, l'alcool ou les sels, et que le passage de ces substances dans l'intestin est entravé, elles disparaissent en partie dans l'estomac, mais en même temps, une sécrétion abondante de liquide aqueux a lieu dans l'organe, sans pouvoir se déverser par le pylore.

Quelques conclusions pratiques découlent de ces expériences pour *les prescriptions diététiques dans la dilatation de l'estomac et le rétrécissement du pylore :* il faut proscrire les boissons alcooliques, administrer les matières alimentaires ci-dessus mentionnées en solutions concentrées et pratiquer en temps utile le lavage de l'estomac pour débarrasser l'organe de l'excès d'eau sécrétée.

Quant à l'eau nécessaire, elle sera administrée de préférence par les lavements (300 à 400 centimètres cubes d'eau pure ou d'eau additionnée de 1/2 p. c. de chlorure de sodium par jour). L.

INFLUENCE DE L'EXERCICE CORPOREL SUR LA DIGESTION.

On s'est souvent demandé s'il fallait se reposer ou prendre de l'exercice après les repas. L'école de Salerne recommandait d'éviter le repos complet et le sommeil en sortant de table; mais d'autre part, on condamne les exercices violents pendant la digestion ; nous avons indiqué jadis les expériences instituées sur des chiens qui avaient montré que les exercices violents après les repas contrariaient la sécrétion de l'acide chlorhydrique et retardaient la digestion.

Le d^r^ Spirig, est arrivé à des résultats assez concordants avec ces derniers; toutefois l'influence fâcheuse de l'exercice sur la digestion s'est montrée sensiblement moins prononcée. Des recherches qu'il a faites sur l'homme bien portant, il résulte que l'exercice modéré et le travail intense diminuent l'acidité stomacale et ralentissent la peptonisation; mais en revanche, ils augmentent la motilité de l'estomac. Le reste des fonctions stomacales (digestion des substances amylacées, sécrétion de la pepsine, etc.) ne sont pas modifiées. Cependant, parfois, un travail fatigant a retardé la digestion des aliments pendant la première heure.

En somme, *la digestion ne serait pas une contre-indication à l'exercice corporel*, au moins à la suite des repas peu abondants.

Chez un individu ayant un peu d'hyperacidité gastrique, les recherches de Spirig ont montré qu'il y avait avantage à conseiller au malade de prendre quelque exercice après les repas, dans le but de diminuer la sécrétion de l'acide chlorhydrique. L.

—

CONTRE-INDICATIONS ET INDICATIONS DES BAINS DE MER CHEZ LES ENFANTS.

Les bains de mer qui produisent des effets remarquables chez certains enfants, écrit le Dr J. Simon, sont très nuisibles chez d'autres, chez les rhumatisants et les nerveux, par exemple.

Comme on envoie le plus souvent les enfants à tort et à travers à la mer, il a jugé utile de poser les contre-indications formelles aux bains de mer.

Tout d'abord, dit-il, il ne faut pas donner de bain de mer froid aux enfants au dessous de deux ans. Il y a des exceptions, à coup sûr, mais, en général, ils sont très mal impressionnés par l'eau froide et, comme les personnes âgées, ils ne réagissent pas.

Le bain de mer est aussi contre-indiqué chez les enfants nerveux qu'il appelle les irrités, chez ces enfants qui sont sans cesse en excitation, chez lesquels l'intelligence est continuellement en éveil, la sensibilité exquise et le sommeil léger. Le bain de mer augmente chez eux l'excitation, il supprime leur sommeil et les rend absolument insupportables.

Les épileptiques, les hystériques, les choréiques, sont également très mal influencés par les bains de mer. On voit chez eux revenir des crises qui disparaissent dès qu'on les éloigne du bord de la mer.

Les bains de mer et même l'eau maritime sont suffisants également à produire des phénomènes d'excitation cérébrale et médullaire, chez les enfants atteints de sclérose cérébrale et de paralysies.

Les rhumatisants, avec ou sans lésions cardiaques, les enfants sujets aux torticolis, aux douleurs dites de croissance ne doivent pas non plus être conduits au bord de la mer.

Les ophtalmies aiguës et chroniques, les maladies des oreilles, toutes les affections cutanées sont une contre-indication aux bains de mer; de même encore, la tuberculose pulmonaire en évolution, la plupart des maladies pulmonaires et les néphrites.

Les bains de mer paraissent à l'auteur indiqués dans certaines formes de tuberculose, notamment les adénopathies, les arthrites, le mal de Pott.

L'indication des bains de mer est surtout absolue pour les rachitiques qui se trouvent merveilleusement bien au bord de la mer.

Il est encore rationnel d'envoyer sur les plages les enfants convalescents de maladies graves, les anémiques, les chlorotiques.

Arrivés au bord de la mer, les enfants resteront 5 à 6 jours avant de commencer les bains; le premier bain sera très court, ne durera que quelques secondes, et même, lorsque l'accoutumance aura été obtenue, les bains n'auront pas une durée de plus de 5 à 6 minutes.

L.

DES INJECTIONS HYPODERMIQUES.

Nous extrayons les particularités les plus intéressantes et les plus utiles à connaître de l'article que le Dr Dujardin-Beaumetz consacre dans le *Bullet. génér. de thérap.* à la méthode hypodermique.

Le manuel opératoire a d'abord à déterminer *le point où doit se faire la ponction.*

Il faut d'abord que l'on sache, que, pour les injections hypodermiques à effets généraux et en particulier à effet analgésique, *il n'est nullement nécessaire de pratiquer l'injection près du point douloureux* : une injection de morphine pour calmer une névralgie faciale agira tout aussi bien faite dans la fesse que dans la joue du malade.

Beaucoup de praticiens paraissent ignorer le fait qui est cependant bien démontré aujourd'hui.

Il va de soi que dans les cas où on veut obtenir une action locale, comme dans les injections substitutives, le lieu de l'injection n'est pas indifférent.

On a déterminé certains points plus favorables que d'autres pour pratiquer les injections hypodermiques; ce sont ceux, loin de vaisseaux ou nerfs importants, où le tissu cellulaire est le plus lâche et où l'action irritante se fait le moins sentir.

Ce sont là *les lieux d'élection* des injections hypodermiques; parmi eux, il en est un surtout qui permet l'injection même de substances irritantes, c'est *le sillon rétro-trochantérien*. En ce point, le tissu cellulaire est lâche, il n'y a pas de vaisseaux importants, et lorsque l'individu se couche, soit sur le côté, soit sur le dos, il n'exerce aucune pression sur la partie injectée.

Puis nous avons la *surface cutanée des lombes et du dos, celle des parois abdominales et de la partie interne des cuisses.* Ces régions sont surtout utilisées par les malades qui pratiquent eux-mêmes des injections, ce qui leur permet d'utiliser les deux mains. Souvent aussi le médecin utilise *le bras* et surtout *l'avant-bras.*

Enfin, lorsque le liquide que l'on injecte est très abondant, comme pour les injections de créosote, selon la méthode de Gimbert ou de Burlureaux, les points particulièrement indiqués sont la région dorsale, au-dessous de la pointe de l'omoplate, les cuisses et les reins; Picot a préconisé la *fosse sus-épineuse* qui présente ce grand avantage que dans la position dorsale, le malade ne fait aucune pression sur le point injecté.

Quant à *la manière d'introduire l'aiguille*, il y a deux procédés : dans le premier, ou *procédé de la pelote*, c'est avec l'aiguille courte qu'on agit, et après avoir tendu la peau, on pique perpendiculairement à sa surfaee, comme on le ferait sur une pelote, et en enfonçant l'aiguille jusqu'à la garde Cette méthode est applicable à tous les points charnus de la peau, et en particulier à la région fessière.

L'autre procédé est le *procédé du pli;* il se fait avec une aiguille plus longue. On fait un pli à la peau et l'aiguille est introduite parallèlement à ce dernier, de telle sorte que l'aiguille se trouve placée entre les deux doigts de la main qui maintiennent le pli. Une fois l'aiguille entrée, on fait disparaître le pli et on fait pénétrer le liquide dans le tissu cellulaire. Avec cette méthode, on peut faire des injections dans les points où la peau est très mince. Ces injections, suivant le procédé du pli, sont moins profondes que les premières.

En règle générale, *plus le liquide injecté est irritant, plus l'injection doit être profonde.*

La pénétration de l'aiguille doit avoir lieu d'un seul coup.

Ordinairement, on enfonce la seringue armée de son aiguille, ce qui donne à la main plus de sûreté et de fermeté.

On a bien proposé, afin d'apprendre par l'issue du sang si on n'avait pas pénétré dans une veine, d'introduire d'abord l'aiguille seule, mais cette pénétration est si rare que cette précaution est inutile. Une fois le liquide sous la peau, on retire rapidement l'aiguille, et il suffit de mettre le doigt sur la piqûre pour empêcher le reflux du liquide ou la production d'une faible hémorrhagie. Dans certains cas, on a conseillé de presser sur la petite tumeur formée par le liquide pour en rendre la pénétration plus prompte.

Le Dr Dujardin-Beaumetz passe rapidement en revue les *phénomènes locaux consécutifs aux injections.*

Lorsqu'on injecte de très faibles quantités de liquide, que ce dernier n'est pas irritant et que la substance active qu'il renferme est entièrement dissoute, l'injection hypodermique produit très peu de désordres; il y a un léger soulèvement du derme qui disparaît très rapidement sans laisser d'induration.

Lorsque, au contraire, le liquide est irritant et qu'il contient des

particules non dissoutes, il se produit au point piqué des phénomènes inflammatoires qui amènent de la rougeur, du gonflement des tissus, de l'induration et même de la suppuration.

Il est vrai que la suppuration ne se produit jamais, quand on a pris des précautions suffisantes pour l'asepsie de la peau, de l'instrument et du liquide à injecter.

Une induration persistante est la règle dans les cas d'injections mercurielles de sels insolubles ; elle se produit encore et en dépit des soins d'antisepsie convenables, chez les morphinomanes ; l'on trouve ainsi chez eux toutes les parois cutanées accessibles à la seringue couvertes d'indurations ayant souvent le volume d'une noisette. Au bout d'un certain temps, ils ne peuvent plus même pratiquer une piqûre sans avoir un abcès. La présence de ces abcès cutanés multiples est un signe de morphinomanie, et leur seule existence a permis à l'auteur, dans quelques cas, d'affirmer l'abus de la morphine, malgré les dénégations du malade.

Au sujet *des avantages de la méthode hypodermique*, on peut la considérer comme un des plus grands progrès qu'ait faits la thérapeutique dans ces vingt dernières années.

En permettant aux médicaments de pénétrer dans l'économie sans passer par l'estomac, par le foie, qui les détruit ou les modifie en partie, cette méthode a donné à l'administration des médicaments une *rapidité et une activité d'action* qui lui manquait jusque-là.

En outre, elle permet d'obtenir les effets des médicaments avec une grande *précision* et d'éviter toute supercherie : il arrive fréquemment que les malades ne prennent pas les médicaments prescrits pour être introduits par une autre voie.

Aussi, toutes les fois que nous pouvons isoler le principe actif d'un médicament et que ce principe est soluble, a-t-on avantage à utiliser la voie hypodermique. Elle a permis de plus, en évitant l'introduction par l'estomac et l'intestin, toutes les conséquences qui résultaient de cette administration : troubles gastro-intestinaux, vomissements, diarrhée, impossibilité d'avaler, etc.

Malheureusement, toutes les médications ne sont pas tributaires de cette méthode : ainsi la médication purgative ; il en est autrement de la médication vomitive, grâce à l'apomorphine.

Les *inconvénients des injections hypodermiques* sont corrélatifs de leurs avantages. Tandis qu'administrés par l'estomac, fait observer l'auteur, la nature prévoyante, grâce aux vomissements ou à la diarrhée et grâce surtout au foie destructeur des alcaloïdes et des poisons, élimine et détruit les médicaments lorsqu'ils sont donnés à doses trop élevées, il n'en est plus de même avec la méthode hypodermique, et

l'on comprend facilement quels ménagements on doit mettre dans l'administration des substances toxiques par cette méthode.

Par la voie hypodermique, l'élimination intestinale ne pouvant se faire, il ne reste plus que la voie pulmonaire et surtout la voie rénale; de là cette réserve qui souffre peu d'exceptions : lorsqu'il existe de l'insuffisance rénale, quelle qu'en soit la cause, il faut se montrer très réservé dans l'emploi des injections sous-cutanées. L.

—

TRAITEMENT DE LA GOUTTE.

Le Dr Meisels a cherché à déterminer en instituant des expériences sur les animaux, quel crédit il fallait attribuer dans la goutte au médicament nouveau, que nous avons signalé dans la *Revue* : la *pipérazine*.

On sait que la pipérazine, qui est un produit de synthèse, se révèle comme un dissolvant remarquable des urates *in vitro*.

L'auteur, après avoir provoqué chez des animaux, notamment des oiseaux, une espèce de goutte artificielle et expérimenté diverses médications connues contre cette maladie, aboutit aux conclusions suivantes :

1° La pipérazine est en état de prévenir chez les oiseaux le dépôt d'urates et de dissoudre les dépôts déjà formés; elle n'exerce aucune influence sur les fonctions du foie, ni sur la digestion, ni du moins en apparence sur les reins.

2° Le carbonate de lithine ingéré n'est pas capable de dissoudre les dépôts uratiques provoqués artificiellement chez les oiseaux; cette substance exercerait en outre une action nuisible sur divers organes.

3° Le borate de soude ainsi que le phosphate de soude, deux sels aussi recommandés contre la goutte, se sont montrés encore bien inférieurs au carbonate de lithine sous ce rapport.

L'auteur pense que les résultats de ces expériences sont de nature à engager les praticiens à soumettre la pipérazine à l'expérimentation dans le traitement de la goutte; il reste à savoir cependant jusqu'à quel point ces données des expériences sur les animaux sont applicables à la thérapeutique.

Jusqu'à présent, les résultats de l'expérimentation clinique de la pipérazine restent très contradictoires; le Dr Rörig (*Therap. Monats.*) a même prétendu que le remède était dangereux à manier chez les sujets dont l'appareil rénal n'était pas intact.

Sans vouloir nous prononcer sur l'efficacité du remède, nous croyons en avoir obtenu des résultats avantageux chez un sujet qui, à la suite d'une longue immobilisation nécessitée par un traumatisme considé-

rable, conservait depuis plusieurs mois toutes les articulations d'un des membres supérieurs, malgré les mouvements méthodiques, gonflées, très douloureuses et roïdes ; le sujet avait souffert antérieurement de la goutte, et celle-ci avait même reparu au pied dans les derniers temps; nous finîmes par nous persuader que le membre supérieur traumatisé était atteint de la goutte également, et, après avoir administré en vain les remèdes habituels, salicylate de soude, colchique, nous eûmes recours à la pipérazine.

Au bout de quelques jours, une amélioration remarquable survint ; tous les symptômes inflammatoires (rougeur, gonflement) disparurent au niveau des articulations des doigts, au poignet et au coude ; les mouvements communiqués devinrent moins douloureux et la raideur sensiblement moindre.

La pipérazine est malheureusement un médicament très cher (1 franc 50 le gramme); on le donne à la dose quotidienne d'un gramme dans une potion.

Le *Therap. Monatshefte* donne la composition actuelle, — car il paraît que cette composition change fréquemment,du moins en partie — de la *liqueur deLaville*, ce remède secret très en vogue dans le traitement de la goutte.

L'analyse chimique démontrerait pour 100 parties :

0,081	de colchicine.
0,085	de quinine.
8,760	d'acide libre surtout tartrique.
0,530	de substances minérales.
10,880	d'alcool.
et 84,650	d'eau.

Un autre remède secret, qui jouit également d'une certaine réputation auprès des goutteux est connu sous le nom de *poudre de Pistoïa*; ainsi nommée, parce qu'elle est fabriquée en Italie, dans un couvent des environs de Pistoïa ; le remède est livré au commerce dans une boîte, renfermant 365 paquets qu'on doit prendre régulièrement chaque jour, à raison d'un par jour dans un grand verre d'eau froide ou mieux d'infusion chaude.

D'après les recherches de Chastaing, ce remède fameux devrait également son activité principalement au colchique ; voici quelle serait sa composition :

Bulbes de Colchique	20	grammes.
Racine de Bryone	10	—
Bétoine	50	—
Gentiane	10	—
Camomille	10	—

L.

TRANSMISSION DE LA TUBERCULOSE PAR LES CRACHATS ET LES PUNAISES.

M. le Dr Ducor a communiqué à l'Académie de médecine de Paris (1) une observation bien digne d'attirer l'attention des médecins : elle prouve, qu'un crachat tuberculeux est encore virulent après deux ans de dessication. La voici brièvement résumée.

Une famille composée de onze personnes, le père, la mère et neuf enfants, loue, en octobre 1890, un petit logement. Ce logement avait été occupé, depuis 1888, par une famille dont le père était mort au mois de mai 1890 des suites de la tuberculose, et la mère vingt jours plus tard, de la même maladie.

Dans la chambre où les deux décès avaient eu lieu se trouvaient placés la mère et deux enfants des nouveaux locataires en 1893. Ces trois personnes présentent à la suite d'une rougeole, des symptômes d'une bronchite suspecte. Frappé de la marche des accidents et de la localisation des accidents aux personnes seules qui occupaient une des pièces de ce logement, M. Ducor se livra à des recherches et découvrit sur le papier de la chambre funeste, des taches, résultats de crachats desséchés. Le microscope révéla des bacilles de Koch dans ces taches, et deux cobayes inoculés avec une émulsion faite avec des fragments du papier souillé, moururent de tuberculose généralisée.

M. Ducor tire de ces faits les conclusions suivantes :

1° Un crachat tuberculeux projeté dans certaines parties d'un appartement peut s'y dessécher et rester virulent pendant plus de deux ans ;

2° Selon le degré de virulence ou d'atténuation, l'absorption des poussières tuberculeuses peut donner lieu soit à une tuberculose généralisée, soit à une tuberculose locale ou à une scrofulose d'emblée ;

3° On ne saurait attacher trop d'importance à la destruction des crachats et à la désinfection des locaux occupés par des tuberculeux, soit pour les malades eux-mêmes et pour leur entourage, soit pour les personnes qui doivent, après eux, occuper le même appartement.

Spillmann et Haushalter ont démontré le rôle que peuvent jouer les mouches dans la propagation de la tuberculose. Les punaises, comme les mouches, pourraient colporter les bacilles de Koch. M. le Dr Baivy, de Namur (2) rapporte le fait suivant :

La tuberculose étant survenue chez un jeune garçon occupant le lit d'un frère mort phthisique, mais dans une chambre soigneusement

(1) Séance du 9 mai 1893.
(2) *Journal de la Policlinique de Namur*, n° 9, p. 140.

désinfectée, l'échec de cette désinfection fut expliqué quand on s'aperçut que le corps du malade était couvert de piqûres de punaises.

M. le Dr Dewèvre recueillit une trentaine de ces punaises, il s'en servit pour faire des cultures et inoculer trois cobayes qui moururent tuberculeux.

A l'examen direct 60 p. c. de ces insectes furent trouvés tuberculeux.

Enfin, dans une autre série d'expériences, des punaises mises en contact avec des crachats tuberculeux donnèrent quelques semaines plus tard, des cultures fort actives.

Les conclusions pratiques à tirer de ces faits sont évidentes.

E. H.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 25 mars 1893.

Rapport de la Commission qui a été chargée de l'examen du travail de M. F.-P. Darbas, médecin vétérinaire, à Auterive, intitulé : *Affections typhoïdes des sujets de l'espèce chevaline.* — M. Dessart, Rapporteur.

Le mémoire de M. Darbas, envisagé dans son ensemble, ne possède aucun caractère d'originalité, et sa lecture, bien que non dépourvue d'un certain attrait, n'apprend rien qui ne soit connu.

Conclusion : dépôt honorable aux archives de l'Aeadémie. — Adopté.

Rapport de la Commission à laquelle a été renvoyé le mémoire de M. le Dr A. Delie, à Ypres, portant pour titre : *Surdité et syphilis tertiaire tardive, acquise ou héréditaire.* — M. Gallez, Rapporteur.

Le travail de M. Delie constitue une monographie fort étendue d'un symptôme que la généralité des auteurs se bornent à signaler, sans y insister, à savoir, le « vertige de Ménière » survenant dans le cours d'une syphilis tertiaire, héréditaire ou acquise, et reconnaissant pour cause une altération spécifique des vaisseaux de l'oreille interne.

Le rapport donne une analyse très détaillée de cette œuvre qui offre un intérêt réel.

Les commissaires proposent d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer honorablement son travail dans les archives de la Compagnie. — Adopté.

Rapport de la Commission chargée d'examiner la note de M. A. Lamal, pharmacien, à Anvers, intitulée : *Altérations de la morphine sous l'action des moisissures et des bactéries aérobies.* — M. Gille, Rapporteur.

Au point de vue pratique, M. Lamal montre l'influence des moisis-

sures, non seulement sur les médicaments, mais encore sur la plupart des matières organiques, moisissures qui produisent elles-mêmes des effets toxiques.

Il y a là, pour les pharmaciens surtout, un avertissement qui doit les faire redoubler de soins dans la conservation des nombreux médicaments capables de contribuer au développement des moisissures.

Kickx, dans sa *flore cryptogamique des Flandres*, cite le *Torula inaequalis* (Corda) et le *Torula chrysosperma*, trouvés sur l'opium et bien d'autres byssoïdées encore.

Un vaste champ est ouvert pour les recherches des altérations qui peuvent subir certains médicaments sympathiques aux moisissures et autres organismes inférieurs.

La Commission propose l'insertion du travail de M. Lamal dans le *Bulletin* de l'Académie et des remerciements à l'auteur. — Adopté.

Rapport de la Commission à laquelle a été renvoyé l'examen du travail de M. le Dr Troisfontaines, à Liége, concernant une *Sonde utérine à dilatation élastique*. — M. Hubert, Rapporteur.

M. le Rapporteur dit que, dans la collection aujourd'hui très riche des sondes, une des plus ingénieuses est celle de M. Doléris, et elle ne laisserait guère à désirer si ses branches parallèles n'étaient trop minces. L'instrument soumis au jugement de l'Académie ne diffère de celui de Mounier que par les bagues de caoutchouc que M. Troisfontaines adapte aux extrémités mammelles pour imprimer aux extrémités utérines un effort divergeant, soutenu, élastique et puissant, fort convenable pour vaincre les résistances organiques ou fatiguer les rétractions spasmodiques du col. Il ne faut pas, dit le Rapporteur, que cet effort excentrique soit exagéré : on ne doit pas s'exposer à produire des dilacérations, ou même des érosions fâcheuses de tissu.

L'instrument présenté à l'Académie pourrait être simplifié sans rien perdre de sa valeur. Tel qu'il est, il paraît assez ingénieux pour que la Commission propose d'adresser des remerciements à l'auteur et d'imprimer sa notice dans le *Bulletin*. — Ces conclusions sont adoptées.

Rapport de la Commission qui a été chargée de l'examen du travail de M. le Dr G. Corin, à Liége, portant pour titre : *Étude expérimentale de la mort par pendaison*. — M. Van Aubel, Correspondant, Rapporteur.

Pour l'auteur la mort par pendaison n'est qu'un cas particulier de la mort par asphyxie, modifié par le fait de la compression et du tiraillement des vaisseaux et des nerfs du cou.

Il a étudié expérimentalement, le plus souvent sur des chiens, l'influence de ces deux espèces de facteurs.

Quant aux *vaisseaux*, M. Corin est arrivé à cette conclusion que, chez les animaux, et spécialement chez le chien, leur compression n'exerçait aucune influence sur les phénomènes observés pendant la pendaison. Il ne peut donc admettre, avec Tamassia, que la seule fermeture des carotides suffise à produire des phénomènes graves d'anémie cérébrale chez les animaux, ainsi que cela se présente chez

l'homme. L'auteur explique cette différence chez l'homme et chez le chien par la circulation collatérale riche et facile qui, chez le chien, fournit au cerveau une quantité suffisante de sang.

Quant aux *nerfs*, il a constaté du côté de la circulation que l'excitation produite sur le nerf pneumogastrique amenait d'abord un ralentissement des battements du cœur; puis, le même nerf se paralysant lorsque la compression devenait trop forte, il a observé une accélération des battements du cœur. Mais comme, chez l'animal intact, la compression ne peut jamais être portée au point de paralyser les nerfs vagues, on n'aura jamais dans ces conditions d'autre effet qu'un ralentissement des battements du cœur et non une accélération, comme Tamassia et Misuraca le prétendent.

L'effet de la compression du pneumogastrique sur la respiration peut passer presque inaperçu, si la constriction est modérée. Si, au contraire, elle est violente, il se produit, après une courte période d'accélération, un ralentissement de la respiration qui peut aller jusqu'à l'arrêt complet. Ce ralentissement de la respiration peut faire que la mort dans ce cas soit plus lente que lorsque les pneumogastriques ne sont pas irrités par un lien serré trop fortement.

Depuis que M. Corin a rédigé son travail, M. Roger a prouvé que l'irritation simultanée des deux pneumogastriques provoquait dans les tissus un arrêt des échanges respiratoires. Cet arrêt des échanges, cette diminution de la production d'acide carbonique pourrait expliquer la survie plus grande dans les expériences qu'ils ont eu à apprécier.

Les commissaires engagent l'auteur à continuer ses travaux expérimentaux sur la médecine légale et proposent d'insérer le travail dans le *Bulletin* de l'Académie et d'adresser des remerciements à l'auteur. — Adopté.

La vaccination bovine; par M. Willems, Membre titulaire.

Avant 1851, époque à laquelle M. Willems fit ses premiers essais d'inoculation préventive de la pleuropneumonie des bovidés, la vaccination n'était pratiquée sur les animaux que contre les maladies dites exanthémateuses ou varioleuses, telles que la peste bovine, le typhus contagieux ou varioleux, la clavelée des moutons, et, chez l'homme, la petite vérole.

Cette vaccination fut pratiquée particulièrement au XVIIe siècle par Camper, Deltoff, Vicq-d'Azyr, Benselay, etc.; mais ces inoculations n'avaient rien de commun avec les vaccinations actuelles de la pleuropneumonie. Les savants de cette époque n'admirent pas même la possibilité d'une inoculation préventive contre une maladie de poitrine.

M. Willems établit cependant, au moyen de faits cliniques et par la méthode expérimentale, la transmissibilité et l'inoculabilité de la pleuropneumonie bovine, et démontra en même temps l'immunité acquise par les sujets inoculés contre les atteintes ultérieures de cette affection.

Le but de la présente communication est de rappeler que la doctrine émise en 1852 est restée debout et se trouve entièrement confirmée par les théories microbiennes actuelles.

Voici les faits capitaux de cette doctrine :

I. La pleuropneumonie exsudative des bêtes bovines est une maladie générale, spécifique et inoculable;

II. Toute bête guérie d'une première atteinte de la maladie n'en contracte pas une seconde;

III. Toute bête convenablement inoculée résiste aux atteintes de la péripneumonie;

IV. Les bêtes guéries d'une première atteinte ne sont plus aptes à être inoculées;

V. Une première inoculation réussie prémunit l'animal contre les manifestations d'une seconde;

VI. Dans l'exsudat des poumons, dans l'épanchement des plèvres et dans d'autres parties encore de l'animal malade, comm aussi dans les produits de l'inoculation, se rencontrent des corpuscules-germes qui paraissent être l'agent de la transmission de la péripneumonie et qui peuvent servir de vaccin.

Tous ces faits capitaux ont été longuement discutés devant l'Académie en 1880, et M. Willems croit ne plus devoir y revenir aujourd'hui. Il insiste seulement sur la découverte du corpuscule-germe faite par lui et Van Kempen et dont l'existence a étécontrôlée et reconnue par plusieurs observateurs, dont quelques-uns ont essayé l'atténuation et la culture, tels que Bruylants, Verriest, Pasteur, Arloing, Degive, Thiernesse, Nocard, Lusting, Ercolani, etc.

Pasteur, en 1882, dans des expériences faites à Vincennes, a préconisé l'emploi d'un virus vaccin atténué par le passage à travers le corps d'un veau de 6 à 12 mois, et recueilli dans les tumeurs produites par l'insertion du virus du poumon dans un endroit riche en tissu cellulaire.

Cette méthode avait déjà été expérimentée par M. Willems en 1852, et c'est à elle qu'il donne aujourd'hui la préférence, surtout quand il faut se procurer de grandes quantités de vaccin. C'est la méthode mise en usage aujourd'hui en Australie, où la péripneumonie règne avec une telle intensité, que d'après M. Loir, la perte causée par cette maladie a été, dans la seule colonie du Queensland, de 16,000,000 de francs l'année dernière.

L'inoculation préventive rend les plus grands services aux fermiers du continent australien et a attiré l'attention du Gouvernement qui a institué une enquête sur la pratique de l'inoculation, enquête dont voici le sésultat :

7,050 éleveurs se déclarèrent partisans de l'inoculation obligatoire; 1,737 se prononcèrent contre elle; 2,046 n'exprimèrent point d'avis.

— La communication de M. Willems sera insérée au *Bulletin*.

— Suite de la discussion de la communication de M. Masius, intitulée : *Note sur l'action thérapeutique de la digitale*, et de la communication de M. Heger, portant pour titre : *Action de la digitaline sur la circulation pulmonaire.*

M. Van Aubel. — Lorsqu'on veut connaître exactement l'action physiologique et thérapeutique d'une substance empruntée au règne végétal, on étudie avant tout ses principes actifs.

Schmiedeberg admet quatre principes actifs importants non azotés : la digitonine, la digitaline, la digitaléine et la digitoxine. Les trois premiers sont des glucosides.

La digitonine, facilement soluble dans l'eau, a une action analogue à la saponine.

La digitaline, la digitaléine et la digitoxine agissent toutes les trois sur le cœur d'une façon analogue à la digitale.

La digitaline, un peu soluble dans l'eau bouillante, constitue la partie principale de la digitaline de Homolle et Quevenne, qui a été adoptée par le Codex français et par la nouvelle Pharmacopée belge.

La digitaléine, soluble dans l'eau, représente avec la digitonine la majeure partie des principes actifs de la digitaline allemande, qui est soluble en plus grande partie dans l'eau et pourrait, par conséquent, être employée à l'occasion en injection sous-cutanée, dissoute dans des parties égales d'eau et de glycérine à 1 °/ₒ.

La digitoxine, insoluble dans l'eau, forme, d'après Schmiedeberg, la presque totalité de la digitaline cristallisée de Nativelle, qui est donc presque aussi active que la digitoxine elle-même.

De ces trois poisons du cœur, la digitonine, d'après Koppe, présente une activité six à dix fois plus forte que les deux autres.

La digitaline et la digitaléine n'exercent pas d'action irritante locale, tandis que la digitoxine, administrée par voie endermique ou en injection sous-cutanée, détermine une inflammation vive avec suppuration consécutive C'est à cette action irritante locale de la digitoxine que sont dus en grande partie les vomissements et les diarrhées, que l'on observe quelquefois à la suite de l'administration de la digitale.

C'est le peu de solubilité des principes les plus actifs de la digitale qui, dans certaines circonstances, explique probablement la lenteur de leur absorption et de leur élimination, de même que l'effet tardif et l'effet cumulatif.

L'élimination des principes actifs n'est guère connue à cause de l'insolubilité des plus énergiques d'entre eux. On sait seulement que Dragendorff et Petrescu ont pu constater des traces de digitaléine (substance soluble) dans l'urine.

Les travaux de Schmiedeberg ont établi que l'action physiologique des principes actifs ressemble à celle de la digitale elle-même. Il semblait donc, à première vue, que l'un ou l'autre des principes : digitoxine, digitaline, digitaléine, pût remplacer les feuilles de digitale.

Malheureusement cette substitution n'est guère possible.

La digitoxine, le plus actif des trois principes, paraissait convenir en première ligne, parce qu'on peut l'obtenir facilement à l'état de pureté. Son insolubilité dans l'eau, jointe à sa grande activité, rendrait son absorption et ses effets très aléatoires. En outre, l'action irritante locale de la digitoxine expose davantage au vomissement.

La digitaline et la digitaléine ne présentent pas d'action irritante locale; la digitaléine d'autre part est assez soluble; toutes deux mériteraient à ce titre d'entrer plutôt dans la matière médicale. La difficulté de les préparer à l'état de pureté les a fait écarter également, de

sorte que, aujourd'hui encore, les pharmacologistes et les cliniciens les plus distingués accordent la préférence aux préparations faites avec la plante mère.

Ces préliminaires nous permettent, dit l'orateur, d'examiner maintenant jusqu'à quel point on peut expliquer pourquoi le traitement que M. Masius a voulu contrôler n'expose guère à des dangers.

Presque tous les cliniciens s'accordent à reconnaître que la digitale à doses égales agit plus énergiquement, administrée en poudre, que sous forme d'infusé. Si le médicament est donné en poudre, tous ses principes, y compris la digitoxine, peuvent, dans des conditions favorables, intervenir. Dans l'infusé, au contraire, — qui, d'après Petrescu, ne renferme pas de digitoxine parce qu'elle est insoluble dans l'eau, — le principe de beaucoup le plus actif se trouve précisément exclu.

D'ailleurs, d'après Schmiedeberg, un gramme de feuilles de digitale ne renfermerait qu'un dixième de milligramme de digitoxine. Si donc ce principe se dissolvait entièrement dans l'eau pendant l'infusion, ce qui est inadmissible à cause de son insolubilité, on pourrait au maximum rencontrer dans le produit de l'opération un dixième de milligramme par gramme de digitale.

C'est sans doute la raison pour laquelle ceux qui ont cru devoir imiter la méthode de Petrescu, ne se sont jamais adressés à la poudre, et moins encore à la teinture de digitale, dont ils auraient dû prescrire vingt grammes et plus en vingt-quatre heures pour rester conséquents.

Comme les travaux de Traube l'ont montré, il faut des doses plus élevées pour abattre la fièvre que pour tonifier le cœur, et la digitale, à la dose d'un et demi à deux grammes en infusé, n'agit comme antipyrétique qu'après quarante-huit à soixante heures, lorsque déjà l'accumulation peut commencer à se faire sentir. M. Masius, dans plus du tiers des cas, en administrant une dose plus élevée, a vu que la température était influencée après vingt-quatre heures déjà : il n'a donc fait que hâter l'effet.

On est porté à croire, et Ackermann l'a démontré chez les animaux, que la digitale agit comme antipyrétique, parce que, sous l'influence d'une augmentation de pression sanguine, la circulation à la périphérie, et par suite le refroidissement sont plus actifs. Pour obtenir de cette façon un abaissement de température, on conçoit qu'il faille employer des doses plus élevées et patienter quelque temps, jusqu'à ce que l'effet eut le temps de se produire. Dès lors, de deux choses l'une : ou bien il faut attendre que, par un certain effet cumulatif, des doses plus faibles puissent agir, ou bien forcer la dose pour obtenir un résultat plus prompt.

Ce qui nous semble, dit M. Van Aubel, diminuer encore le danger de la méthode, c'est que, d'après les observations mêmes de ses partisans, presque jamais les doses élevées n'ont été continuées au delà de quatre jours. Or, nous savons qu'aux doses ordinaires et même à des doses relativement fortes, la digitale peut être continuée pendant huit jours environ, sans amener d'inconvénients graves par effet cumulatif.

Mon collègue de Liége, dit l'orateur, nous a dit, et d'autres avant

lui ont constaté le même fait, qu'il n'avait que rarement observé des vomissements et des diarrhées aux doses auxquelles il avait administré le médicament. La digitoxine, le véritable principe irritant, ne se trouve pas dans l'infusé. De plus, la digitonine très soluble, qui se trouve en quantité relativement forte dans l'infusé, et d'autant plus que la dose de l'infusé est plus élevée, agit comme la saponine et paralyse les nerfs périphériques avec lesquels on la met en contact.

Si l'on ajoute à toutes ces considérations que, dans la nouvelle méthode comme dans l'ancienne, les malades doivent être surveillés et recevoir la visite du médecin deux fois par jour, on ne sera plus si disposé à déclarer la nouvelle méthode éminemment dangereuse et à la condamner irrévocablement.

M. Masius, au surplus, a attiré notre attention sur un fait qui, à mon sens, dit M. Van Aubel, permet de reconnaître si le résultat qu'on attend de la digitale comme antipyrétique va être atteint. Il a observé que, « chez le plus grand nombre des malades soumis à ce traitement, la température baissait assez régulièrement, tandis que la rareté du pouls ne s'établissait que par poussées, avec retours fréquents au chiffre primitif. » Selon l'orateur, ce retour au chiffre primitif, cette nouvelle accélération du pouls, pendant que celui-ci reste fort et volumineux, annonce que le pneumogastrique est près de se paralyser et qu'il faut s'arrêter. On est entré, à ce moment, dans le deuxième des quatre stades de Schmiedeberg. La digitale a produit alors tout son effet utile, qui, en vertu de l'accumulation, se prolonge généralement pendant six à huit jours. Continuer encore la médication serait s'exposer à des dangers. Schmiedeberg n'a-t-il pas dit que la digitale, comme antipyrétique, détermine un état voisin d'un collapsus artificiel? Il se passe ici, pour la digitale, quelque chose d'analogue à ce que l'on observe quelquefois pour l'émétique, qui a été et qui est encore parfois usité comme antifébrile dans la pneumonie.

En résumé, pour ce qui concerne M. Van Aubel, cette discussion lui a prouvé que la dose maxima, la doxe toxique, fixée jusqu'ici pour l'emploi de l'infusé de digitale dans la pneumonie, est trop faible.

D'autre part, il croit aussi que si, dans certains cas, on veut obtenir de la digitale tous ses effets, il est indispensable que le malade soit convenablement surveillé et garde constamment le lit, afin de ne pas l'exposer à une syncope.

M. Van Aubel examine ensuite les divers usages thérapeutiques de la digitale. Il détermine, à l'occasion de chacun d'eux, la dose de digitale et le mode de traitement auxquels il aurait recours, en même temps qu'il indique la façon d'agir du médicament.

Il termine sa communication à l'Académie en recherchant s'il n'y a pas moyen de remplacer les feuilles de digitale par son principe le plus actif, la digitoxine.

Dans les préliminaires, on a vu que la digitoxine ne pouvait être prescrite comme médicament, d'une part, parce qu'elle est insoluble, et, d'autre part, parce que son action irritante locale très prononcée expose à des troubles gastro-intestinaux.

M. Van Aubel croit pouvoir faire disparaître ces deux inconvénients.

Si, en effet, on ajoute à 1 1/2 à deux milligrammes de digitoxine 40 centigrammes de chloroforme, qui est son vrai dissolvant, puis une dizaine de grammes d'alcool à 50 et 200 grammes d'eau distillée, on obtient un liquide clair dans lequel la digitoxine est entièrement dissoute et parfaitement disposée pour l'absorption et l'élimination. L'action irritante de cette faible quantité de digitoxine ne pourra pas se faire sentir, parce qu'elle se trouve répandue sur une grande surface, et parce que, très absorbable, elle ne reste que très peu de temps en contact avec la muqueuse. La potion peut être prise en trois fois, à quatre heures de distance.

Quelques expériences faites sur des animaux, et deux sur l'homme à l'état de santé, tendent à prouver que la digitoxine, administrée de cette façon, produit l'effet physiologique de la digitale et n'expose à aucun inconvénient. Même pour injection sous-cutanée, l'action irritante peut être supprimée.

Il appartiendra aux cliniciens de traucher définitivement la question.

— La discussion est ajournée à la prochaine réunion.

L'Académie se forme en comité secret à 2 1/2 heures.

1. Élection d'un membre titulaire dans la deuxième Section, en remplacement de M. Hambursin, décédé.

M. Mœller obtient 21 suffrages sur 34 et est proclamé *Membre titulaire*. Sa nomination sera soumise à l'agréation de S. M. le Roi.

M. Greenish, Correspondant, à Londres, est élu *Membre honoraire étranger*.

Sont élus *Correspondants belges* : M. A. Lamal, pharmacien, à Anvers; MM. les Drs J. A. Peeters, médecin-directeur de la colonie de Gheel, et L. Stubbe, inspecteur vétérinaire près le Département de l'agriculture, de l'industrie et des travaux publics à Schaerbeek.

Sont nommés *Correspondants étrangers* : M. le profes. H. Beckurts, à Brunswick; M. E. Pflüger, professeur à l'Université de Bonn, et M. le Dr S. Pozzi, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal, à Paris.

2. Discussion du rapport de la Commission qui a été chargée de l'examen des travaux envoyés en réponse à la question mise au concours sur la trépanation cranienne. — M. Verriest, Rapporteur.

L'Académie accorde, après discussion, une médaille d'encouragement à chacun des mémoires nos 1 et 2 portant pour devise, l'un : *Fac et spera*, l'autre : *Scientia sanandi, non nocendi, est medicina*. (*Scribonius Largus. Praefat*). La question d'impression est réservée et renvoyée au Bureau.

Les auteurs de ces mémoires doivent faire savoir à la Compagnie s'ils acceptent la récompense qui leur est décernée.

UN CAS D'INFECTION PURULENTE A LA SUITE DE PIQURES DE SANGSUES.

Il arrive qu'on prescrive des sangues comme une chose banale, sans indication précise, rien que pour satisfaire au préjugé du public; le mal ne serait pas grand, si on n'oubliait trop souvent que les sangsues ouvrent dans la peau une porte aux infections de toute nature; tantôt, les piqûres provoquent la suppuration de foyers de contusion ou d'épanchements sanguins sous-cutanés qui auraient évolué aseptiquement, si la peau fût restée intacte; tantôt, elles deviennent le point de départ d'une lymphangite, d'un érysipèle à marche progressive, d'un petit phlegmon du voisinage.

Ce ne sont pas là des accidents sans importance; il n'est pas rare qu'ils occasionnent au malade plus de tourments que l'affection pour laquelle les sangsues ont été prescrites; ils ne sont pas non plus toujours exempts de dangers, témoin le cas que je viens d'observer avec le Dr X., de Louvain, où les sangsues ont tout bonnement occasionné la mort du malade.

Il s'agit d'un homme de 47 ans, robuste et bien portant, qui, le 2 juin, en maniant un lourd instrument de travail, ressentit tout à coup dans la région lombaire droite une douleur vive qui l'obligea à abandonner son travail.

Le médecin porta à bon droit le diagnostic d'une rupture musculaire et fit procéder à une première application de sangsues le lendemain, à une seconde trois jours plus tard.

Le 11 juin, la fièvre, qui avait fait complètement défaut jusqu'alors, s'alluma, en même temps que la région sur laquelle les sangsues avaient été appliquées devenait le siège d'un vif mouvement inflammatoire; le médecin crut avoir affaire à un simple érysipèle, mais l'illusion ne dura guère et il vit se dérouler successivement devant lui la symptomatologie de l'infection purulente classique.

Lorsque je vis le malade le 18 juin, la région lombaire droite était occupée par une tuméfaction phlegmoneuse considérable, marquée de

taches blanchâtres, comme diphtériques, à la place des piqûres de sangsues ; il y avait plusieurs foyers inflammatoires ou collections purulentes à la périphérie : dans la gaîne des fléchisseurs à l'avant-bras droit, dans la tunique vaginale du même côté ; dans l'articulation métacarpo-phalangienne du médius gauche, en outre dans quelques bourses muqueuses et çà et là dans le tissu cellulaire sous-cutané ; la dyspnée excessive, la toux, conjointement avec les signes physiques, révélait la présence de nombreux abcès métastatiques dans le poumon ; il y en avait également dans le cerveau, comme le prouvait la paralysie du membre supérieur droit.

Je n'insiste pas sur les autres symptômes ni sur la marche de la maladie qui se termina deux jours plus tard, le 20 juin, par la mort.

L'autopsie ne fut pas pratiquée ; il ne nous parut pas contestable du reste, au médecin traitant et à moi, que l'infection purulente avait eu pour point de départ la piqûre des sangsues : le sujet avait été surpris en pleine santé par « un effort » ; il ne présentait pas la moindre blessure ; à part la douleur, sa santé était restée excellente pendant les huit premiers jours ; enfin, les premiers symptômes inflammatoires, coïncidant avec l'apparition de la fièvre, s'étaient montrés à l'endroit des piqûres de sangsues.

Comment l'infection était-elle survenue ? Il n'est pas facile de répondre à cette question. Les premiers jours, les piqûres avaient été pansées selon l'usage avec des cataplasmes, puis, elles avaient été laissées à découvert, et la peau du malade, son linge et la literie étaient très mal entretenus ; les causes de contamination n'avaient donc pas fait défaut.

Le pus, recueilli pendant la vie dans les divers foyers, renfermait exclusivement le staphylocoque orangé ; le microbe avait dû se trouver à un haut degré de virulence pour occasionner l'infection purulente.

Cette observation m'a remis en mémoire le fait, soigneusement noté par le Dr Gaspar, de Gosselies, il y a quelques années, d'un tétanos mortel survenu trois semaines après l'application d'une seule sangsue au cou de pied chez un jeune garçon de 13 ans ; le piqûre ne s'était pas cicatricée et le microbe du tétanos lui avait été apporté vraisemblablement par la poussière des rues pénétrant à travers la chaussure.

Je ne veux pas me servir de ces deux faits exceptionnels pour instruire, comme j'en aurais l'envie, le procès contre l'abus des sangsues; j'ai voulu simplement montrer qu'il n'y a pas que les grands traumatismes et les grandes opérations qui réclament des précautions antiseptiques; toute plaie est, comme on a dit, une porte d'entrée pour la mort.

Il n'y a pas de jour pour ainsi dire où le médecin ne trouve l'occasion de mettre en pratique les préceptes les plus élémentaires de l'antisepsie; qu'il s'agisse d'application de sangsues, d'une saignée, d'une simple scarification, voire même de l'application d'un vésicatoire, il devrait tenir à ce que l'asepsie de la peau à l'endroit du champ opératoire fût pratiquée avant la petite opération, et à ce que la perte de substance, si minime fût-elle, fût recouverte d'un pansement antiseptique, de préférence à la gaze ou à la vaseline iodoformée, au lieu d'être pansée avec des cataplasmes et des graisses rancies ou d'être laissée librement exposée à toutes les causes d'infection.

Dr DANDOIS.

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE.

Il existe un contraste étrange que rien ne justifie entre l'indifférence que l'on témoigne vis-à-vis de la blennorrhagie et la terreur qu'inspire la syphilis; le public se méprend sur la gravité de l'une autant que sur la bénignité de l'autre.

On se récrierait, si je posais la question de savoir s'il vaut mieux d'une manière absolue gagner une blennorrhagie que la syphilis, et cependant la chose peut être discutée; je n'ai pas l'intention de le faire, mais, en mettant en regard la rareté de la syphilis d'une part et la fréquence excessive de la blennorrhagie d'autre part, je n'hésite pas à dire que celle-ci a une part plus importante que celle-là dans les maux dont l'humanité est affligée.

Sans doute, la blennorrhagie qui évolue sans accidents et se termine au bout de quelques semaines n'est pas un bien grand mal, mais c'est là l'exception ; je laisse de côté les complications de la blennorrhagie

aiguë, qui, comme l'arthrite, voire la méningite, sont aussi graves qu'exceptionnelles, pour ne m'occuper que des complications les plus fréquentes de la blennorrhagie chronique.

La mieux connue assurément est le rétrécissement de l'urèthre qui n'est pas, comme on le croit communément, un mal sans importance; s'il est facile de restituer à l'urèthre son calibre normal, on ne lui rend jamais son intégrité parfaite; l'inflammation persiste, et le rétrécissement se reproduit, à moins qu'on n'entretienne la dilatation; à la longue et à force d'introduire des instruments, la cystite survient, si déjà elle n'existait auparavant.

Or, comme l'écrivait récemment le prof. Guyon, en parlant des prostatiques, le retour de la vessie à l'état aseptique, chez des malades depuis longtemps infectés est, d'après ses observations très réitérées et constamment poursuivies, véritablement impossible, quels que soient les moyens employés.

Chez les rétrécis comme chez les prostatiques, à mesure que l'âge s'avance et que s'affaiblit le muscle vésical, la cystite s'exagère et finit par retentir sur l'appareil sécréteur de l'urine.

C'est ainsi qu'il ne se passe pas d'année sans que je voie des vieillards conduits prématurément au tombeau par une affection des voies urinaires, dont la première origine est à chercher dans une blennorrhagie de la jeunesse.

Il y a une autre conséquence de la blennorrhagie avec laquelle les médecins comme les malades ne sont pas suffisamment familiarisés, parce qu'on a attiré l'attention sur elle il n'y a pas bien longtemps; pour la fixer dans la mémoire, je me permettrai de rapporter le fait suivant :

Il y a cinq ans, un jeune avocat, marié depuis quelque temps, vint me prier, sans autre préambule, de chercher à découvrir chez sa femme la cause pour laquelle une conception, ardemment désirée de part et d'autre, tardait à arriver.

Je procédai à un examen minutieux de tous les organes, notamment de l'appareil génital, et ne découvris rien d'anormal; Madame étant d'une impressionnabilité un peu excessive, je crus pouvoir invoquer la neurasthénie; je prescrivis l'hydrothérapie, plus tard le séjour au bord de la mer, laissant au temps surtout le soin d'assurer le succès de la cure.

Un an se passa ainsi sans résultat, lorsqu'à une de mes visites, Madame, se trouvant seule avec moi, s'avisa de me dire : « Mais, Monsieur, êtes-vous bien sûr que c'est à cause de moi que nous n'avons pas d'enfant ? »

Et, comme je manifestais mon étonnement au sujet de la question posée, elle ajouta : « C'est qu'il me semble que ce que mon mari me donne n'est pas ce qu'il devrait me donner ; c'est si clair. » (sic)

Je m'abstins naturellement de m'enquérir de la façon dont Madame, d'une honnêteté à l'abri du reste de tout soupçon, était arrivée à faire cette constatation ; j'avais senti que j'avais commis une faute.

Jusqu'alors, je n'avais pas même songé à interroger le mari ; comment l'aurais-je fait du reste ? Il m'avait confié qu'il était trop puissant et je lui avais même prescrit une certaine modération ; je le questionnai discrètement dès que je me trouvai seul avec lui, et j'appris qu'il avait eu quelque temps avant son mariage une blennorrhagie à allures insidieuses qui n'avait pas laissé cependant de retentir sur les testicules.

Effectivement, je trouvai plusieurs indurations sur les deux épididymes ; à part cela, point de lésions : ni écoulement de l'urèthre, ni rétrécissement, les testicules volumineux et fermes.

Soupçonnant la vérité, je priai le mari de recueillir le produit émis pendant les rapports sexuels et de me l'adresser ; ce qu'il fit, malgré les répugnances que la chose lui inspirait.

Le liquide que je reçus et qui était clair en effet ne renfermait aucune trace de spermatozoïdes.

Il s'agissait donc bien d'une azoospermie consécutive à une épididymite double et le produit des éjaculations était tout bonnement du liquide prostatique.

Dans la suite, j'ai eu occasion de renouveler plusieurs fois cet examen ; les spermatozoïdes n'ont pas reparu, mais j'ai eu soin de rassurer le mari ; Pajot conseille en pareil cas de ne jamais dire la vérité au mari en vue d'une grossesse collatérale éventuelle !

Depuis que j'ai eu cette aventure, je suis porté comme malgré moi à soupçonner la stérilité d'un certain nombre d'unions, contractées par des personnes, qui, à ma connaissance, ont été atteintes de blennorrhagie avant leur mariage, d'avoir une cause identique.

Il n'est pas même nécessaire qu'un blennorrhagique ait eu une

épididymite pour demeurer stérile ; des lésions localisées au trajet intraprostatique des canaux éjaculateurs ou à la partie supérieure des canaux déférents peuvent fort bien apporter un obstacle plus ou moins complet à l'issue de la sécrétion testiculaire.

Pour le dire en passant, l'opinion commune, soigneusement entretenue par les maris, partagée par les médecins, suivant laquelle c'est toujours à la femme qu'il faut s'en prendre dès que le mariage n'est pas suivi d'effet, est erronée ; d'après certaines estimations, l'homme est en cause au moins dans un tiers des cas ; l'absence d'impuissance n'est pas chez lui synonyme de fécondité et il reste parfaitement puissant, comme dans le cas que j'ai rapporté, malgré l'oblitération complète des voies d'excrétion du liquide testiculaire.

Chez la femme, la blennorrhagie, par les métrites et les salpingites qu'elle occasionne, est également la cause la plus fréquente de la stérilité.

La blennorrhagie de l'homme a en effet les conséquences les plus graves pour la femme. A un congrès de gynécologie tenu à New-York, il y a quelques années, un spécialiste éminent a prétendu que la proportion de femmes contaminées du gonocoque par leurs maris était pour la ville de 25 p. c. au moins.

On s'imagine généralement — sans doute parce qu'elle épargne habituellement chez elle l'appareil urinaire et évolue ainsi d'une manière le plus souvent insidieuse — que la blennorrhagie de la femme est moins grave que celle de l'homme.

C'est tout le contraire qui arrive. Combien de péritonites, attribuées aux fatigues du voyage de noces, combien d'avortements, attribués aux excès des premiers mois du mariage, sont à mettre sur le compte du gonocoque !

La blennorrhagie est en effet une des causes les plus fréquentes des nombreuses affections de l'utérus et des annexes ; Wertheim a trouvé que 18 p. c. des cas observés à la clinique gynécologique de Vienne étaient dus à la blennorrhagie ; Nöggerath prétend que chez les femmes gonorrhéiques l'accouchement est suivi d'endométrite et de périmétrite dans la proportion de 75 p. c.

Le nombre de femmes est incalculable, qui traînent une longue vie de souffrances ou succombent prématurément par le fait des métrites, des salpingites, des pelvipéritonites, dont la blennorrhagie incomplètement guérie du mari a été l'origine !

Le mal est encore bien grand, quoique la chirurgie soit intervenue si efficacement depuis quelques années, pour l'atténuer.

Et, comme si ce n'était pas assez, le gonocoque guette encore l'enfant au passage, pour lui communiquer la conjonctivite purulente, une des causes les plus fréquentes de la cécité ; c'est encore lui qui, plus tard, à la suite d'une contamination accidentelle par une éponge, un linge, par le doigt, ou de toute autre manière, occasionne la plupart des vulvo-vaginites des petites filles.

J'en ai dit suffisamment pour établir la gravité d'une affection en apparence anodine dont le médecin doit poursuivre la guérison par tous les moyens en son pouvoir; malheureusement, autant la thérapeutique de la syphilis est précise et efficace, autant celle de la blennorrhagie est ingrate et incertaine.

Je me souviens encore de mon étonnement, lorsqu'un jour, en parcourant un article écrit par un spécialiste avantageusement connu, je trouvai à la suite d'une allusion à la guérison de la blennorrhagie, ouverte cette parenthèse : si jamais la blennorrhagie guérit ! J'étais alors au début de ma carrière; aujourd'hui que j'ai eu occasion de traiter un grand nombre de blennorrhagies, je comprends qu'on puisse mettre en doute la guérison de cette affection ; mais, si elle est effectivement très rebelle au traitement, elle n'est pas incurable cependant ; je vais chercher à le démontrer.

Du diagnostic de la blennorrhagie.

Avant tout, dans un cas donné de blennorrhagie, il importe de faire un *diagnostic* exact et complet; sans doute, il est très facile en général de reconnaître s'il existe un écoulement uréthral, mais, comme le dit Janet, se baser sur la simple constatation de ce signe pour traiter une blennorrhagie, c'est faire de l'aussi bonne pathologie que de ranger dans un même cadre et dans une même thérapeutique toutes les maladies pulmonaires dans lesquelles on crache.

Je me contenterai d'insister sur les deux particularités les plus importantes à connaître, avant de décider le choix du traitement, à savoir la cause de l'affection et le siège qu'elle occupe.

A. *Diagnostic de la cause de la blennorrhagie.*

En ce qui concerne la cause, il va de soi que je vais envisager dans ce travail exclusivement l'uréthrite déterminée par le gonocoque; le rôle pathogénique de ce microbe dans la blennorrhagie commune ne peut plus être contesté par personne; Bumm a inoculé l'urèthre d'une femme avec une culture pure de gonocoques de la 20me génération et il en est résulté une uréthrite virulente des plus caractéristiques; Wertheim a réussi les mêmes inoculations de cultures chez des sujets atteints de démence.

Conclusion : *pour asseoir le diagnostic d'une blennorrhagie à l'abri de toute contestation, il faut découvrir le gonocoque dans les sécrétions uréthrales à l'aide du microscope.*

La preuve est généralement facile à fournir, car le gonocoque est très reconnaissable et la technique de la préparation des plus simples. On étend sur une lame de verre la goutte de pus ou le filament; on fait sécher cette préparation et on la colore pendant deux minutes dans la solution aqueuse de bleu de méthylène; on la lave ensuite à l'eau, on la fait sécher et enfin on l'examine directement sans lamelle, en déposant sur la préparation elle-même la goutte d'huile nécessaire à l'immersion.

Le gonocoque se présente sous la forme d'un diplocoque volumineux, dont les deux éléments, ressemblant à des grains de café, sont en regard par leur surface plane, séparés d'un intervalle très appréciable; ils sont réunis en groupes accolés aux globules de pus ou renfermés dans leur intérieur.

Mais encore est-il que, pour faire cet examen, il faut avoir un microscope et être plus ou moins familiarisé avec ces sortes de recherches; la majorité des praticiens se trouverait ainsi dans l'impossibilité de faire le diagnostic précis de la nature d'une blennorrhagie, et partant, d'en entreprendre le traitement d'une façon rationnelle.

Il est impossible de pousser sous ce rapport les exigences aussi loin que le voudrait le dr Janet.

Le diagnostic de la nature de la blennorrhagie aiguë peut très bien se faire sans le secours du microscope; ainsi, on a au moins 99 chances sur 100 d'être dans le vrai en attribuant au gonocoque toutes les

uréthrites indistinctement qui surviennent à la suite d'un rapport suspect.

Les uréthrites dites simples, c'est-à-dire produites par d'autres causes que le gonocoque, survenant dans ces conditions, sont excessivement rares et je ne me souviens pas d'en avoir rencontré ; il y a bien quelques uréthrites spéciales, comme celles qui sont occasionnées par la présence d'un chancre uréthral, pour lesquelles le secours du microscope serait utile, mais elles sont également exceptionnelles ; quant aux uréthrites d'origine traumatique, résultant du cathétérisme, du séjour d'un corps étranger, elles sont faciles à différencier d'après la cause des blennorrhagies à gonocoques.

Les difficultés commencent avec la blennorrhagie chronique ; l'infection primitive est bien due au gonocoque qui se trouve seul au début de l'affection, mais d'autres espèces microbiennes ne tardent pas à prospérer dans l'urèthre à côté de lui ; par la longue durée de la maladie, diverses éventualités se produisent : ou bien le gonocoque persiste dans l'urèthre, ou bien il disparaît laissant le champ libre aux microbes des infections secondaires, ou bien encore tous les microbes disparaissent, sans que pourtant cesse l'uréthrite ; c'est ainsi qu'il y a des écoulements uréthraux tenaces dans lesquels il est impossible de décéler la présence d'aucun microbe.

D'après cela, il y a lieu de distinguer avec le dr Janet, trois espèces d'écoulements chroniques de l'urèthre consécutifs à la blennorrhagie : 1° ceux qui renferment encore le gonocoque ; — 2° ceux qui renferment d'autres microbes que le gonocoque ; 3° ceux qui ne renferment aucune espèce de microbes.

Pour le diagnostic de ces diverses espèces d'écoulements, le microscope est indispensable, mais les recherches sont beaucoup plus difficiles que dans la forme aiguë ; dans la forme chronique, les gonocoques sont rares, isolés, méconnaissables ; c'est pourquoi il ne suffit pas de s'appuyer sur un seul examen négatif pour conclure qu'un écoulement chronique de l'urèthre n'est pas dû au gonocoque ; il faut user d'un artifice pour provoquer la réapparition des gonocoques que leur petit nombre rendrait éventuellement introuvables ; cet artifice consiste à pratiquer dans l'urèthre une instillation de quelques gouttes de nitrate d'argent à 1 p. c. ou une large injection de sublimé à 1 p.

20000 ; il survient ainsi une réaction suppurative qui se poursuit le lendemain ou même pendant plusieurs jours et dans laquelle les gonocoques, s'ils existent encore dans l'urèthre, repullulent en reprenant leur aspect caractéristique ; si, après cette expérience, on ne trouve pas de gonocoque, on peut considérer l'uréthrite examinée comme non produite par ce microbe.

Les praticiens, qui ne peuvent recourir à ces moyens d'investigation, seront-ils donc obligés de faire examiner les produits recueillis par un bactériologiste éprouvé ou d'abandonner aux spécialistes le traitement de l'uréthrite chronique ? Ce serait peut-être préférable, mais en somme, il n'y a pas grand mal à traiter les écoulements chroniques de l'urèthre comme s'ils étaient produits exclusivement par le gonocoque, à procéder pour ainsi dire par tâtonnements ; on peut aussi s'aider de quelques éléments accessoires de diagnostic.

Ainsi, on ne court guère risque de se tromper, d'après mon expérience, en considérant comme dues au gonocoque les uréthrites chroniques qui présentent des exacerbations marquées sous l'influence des excès de boisson, des rapports sexuels, d'une injection de nitrate d'argent, qui fournissent alors un pus épais, jaunâtre ou verdâtre.

En résumé, il me semble que le d^r^ Janet ne tient pas suffisamment compte des nécessités de la pratique, lorsqu'il dit que le diagnostic et le traitement de la blennorrhagie ne peuvent se faire sans le secours du microscope.

Chez la femme, il faut bien le dire, il est presque impossible de distinguer sans l'examen bactériologique les endométrites dues au gonocoque de celles dues à d'autres causes ; il m'arrive très souvent de devoir examiner des femmes qui ont communiqué la blennorrhagie d'une manière parfaitement avérée et chez lesquelles l'examen au spéculum ne décèle rien d'anormal ; il faut recueillir chez elles la sécrétion qui se trouve à l'orifice du col et l'examiner au microscope pour reconnaître la maladie.

Quelquefois, il faut recourir au même artifice que chez l'homme pour décéler la présence du gonocoque, à savoir instiller quelques gouttes de solution de nitrate d'argent dans le col ; après les règles, il se produit également une repullulation naturelle des gonocoques, et c'est un moment propice pour recueillir les exsudats suspects.

B. *Diagnostic du siège de la blennorrhagie.*

En ce qui concerne le siège, il y a une distinction fondamentale à faire entre la blennorrhagie qui reste cantonnée à *l'urèthre antérieur* et celle qui s'est propagée à *l'urèthre postérieur*.

On sait que cette division de l'urèthre en deux portions, sur l'importance de laquelle le prof. Guyon a insisté, résulte de la présence du sphyncter de la région membraneuse; ce sphyncter, le véritable sphyncter vésical, comme on a dit, se trouve en état de contraction permanente et établit une ligne de démarcation nette dans l'urèthre.

De même qu'il faut un certain effort pour la franchir à l'aide d'instruments, de même elle fait obstacle à la propagation des inflammations.

Un certain nombre de blennorrhagies restent ainsi localisées à l'urèthre antérieur; mais les auteurs sont loin d'être d'accord sur la fréquence relative des uréthrites antérieures et postérieures; les uns admettent que le processus morbide s'éteint en général dans la région bulbaire de l'urèthre; ainsi, d'après Jamin, on n'observerait l'uréthrite postérieure dans le cours de la blennorrhagie que dans 15 à 20 p. c. des cas; Guyon sur 103 cas ne l'a rencontrée que 29 fois; d'autres spécialistes croient au contraire à la fréquence excessive de l'uréthrite postérieure, et, il faut bien le dire, c'est l'avis qui tend aujourd'hui à prévaloir; d'après Jadassohn, l'urèthre postérieur serait affecté dans 87 p. c. des cas; dans 88 cas, Dind n'a trouvé l'urèthre postérieur absolument intact pendant tout le cours de la blennorrhagie que dans 6 cas; Janet estime qu'il y a 8 blennorrhagies sur 10 qui ont pénétré dans l'urèthre postérieur.

Quant à l'époque où survient l'uréthrite postérieure, on admet généralement que c'est dans le cours de la troisième semaine à partir du début de l'affection; Dind l'a vu survenir dans la première semaine, et dans la seconde; plus souvent encore, elle ne survient que beaucoup plus tardivement; l'époque de son apparition est donc très variable et dépend souvent de circonstances accessoires, spécialement du mode de traitement, des écarts de régime, etc.

Comment savoir si la blennorrhagie occupe oui ou non l'urèthre postérieur?

Il y a des cas où le diagnostic peut être fait facilement par les svmptômes cliniques; ainsi, si le malade présente ou même a présenté à une période quelconque de la blennorrhagie une complication d'épididymite, de prostatite ou de cystite, on admettra évidemment qu'il y a uréthrite postérieure.

Lorsque ces symptômes font défaut, on a recours à différents procédés de diagnostic.

Ainsi, on a proposé de laver largement l'urèthre antérieur du malade et de le faire uriner ensuite; les filaments et le trouble que l'on observerait alors dans son urine viendraient de l'urèthre postérieur.

Mais, pour autoriser cette conclusion, il faut être sûr que l'urèthre antérieur a été complètement lavé, et il arrive que quelques filaments y restent malgré le lavage; pour parer à cet inconvénient, Kromayer a proposé d'injecter dans l'urèthre antérieur une solution de pyoctanine qui colore en bleu ses sécrétions; si le malade urine après cette injection, son urine contiendra des filaments bleus provenant de l'urèthre antérieur et des filaments blancs provenant de l'urèthre postérieur, si ce dernier est atteint également.

Le lavage préalable de l'urèthre antérieur est considéré par Dind comme le moyen le plus sûr pour diagnostiquer la présence ou l'absence de l'uréthrite postérieure.

En France, on se sert plus souvent du procédé dit des deux verres; il consiste à faire pisser le malade alors qu'il n'a pas uriné depuis un temps très long, par parties égales dans deux verres; la première urine lave tout l'urèthre et entraîne ses sécrétions qui se manifestent dans le premier verre sous forme de trouble ou de filaments; si la vessie contient une urine absolument pure, le deuxième verre sera donc complètement clair; c'est ce qui se passe dans le cas d'uréthrite antérieure; au contraire, en cas d'uréthrite postérieure, les sécrétions de l'urèthre prostatique sont régurgitées dans la vessie, troublent son contenu et y forment un dépôt; dans ce cas, le second verre est trouble et contient les filaments du bas-fond vésical que la vessie n'expulse que par ses dernières contractions.

En résumé, un deuxième verre clair indique que l'on a affaire à une uréthrite antérieure, un deuxième verre trouble ou garni de filaments, que l'on est en présence d'une uréthrite postérieure.

D'après mes constatations, ce procédé est loin cependant d'être infaillible ; il faut que les sécrétions de l'urèthre postérieur soient assez abondantes pour régurgiter dans la vessie de manière à troubler l'urine qui y séjourne, et il arrive souvent que la seconde urine reste claire, malgré l'existence d'une uréthrite postérieure ; aussi, je me suis fait une règle de considérer toutes les uréthrites anciennes comme propagées à l'urèthre postérieur et de les traiter comme telles, ou au moins, d'en agir ainsi, lorsque le traitement borné à l'urèthre postérieur n'a pas été suivi d'effet.

Les éléments essentiels du diagnostic ainsi établis, j'arrive au traitement de la blennorrhagie, que je divise en traitement abortif, en traitement de la forme aiguë et en traitement de la forme chronique.

I. *Traitement abortif de la blennorrhagie.*

Est-il possible de couper la blennorrhagie à son origine?

Voilà une question que les malades, instruits par leur propre expérience ou par celle d'autrui de la longue durée habituelle de la maladie, adressent volontiers au médecin, lorsqu'ils constatent les premières traces de l'écoulement.

Il est inutile d'insister sur les avantages du traitement abortif : il épargne au sujet de longues semaines d'ennuis ou de souffrances et le met à l'abri de toute complication.

Malheureusement, la destruction du gonocoque ne va pas sans difficultés : l'incubation de la blennorrhagie n'est qu'apparente et, lorsque le malade constate 5 à 8 jours après la contagion le premier écoulement, les microbes ont déjà eu le temps de s'installer solidement dans la place.

Puis, comme la maladie progresse rapidement du méat vers le bulbe, le traitement abortif n'a de chances de succès que s'il est institué de bonne heure ; on admet généralement qu'il est inutile de l'entreprendre au-delà de 48 heures après l'apparition de l'écoulement.

Le d^r^ Janet a cependant reculé sensiblement ces limites pour le traitement abortif qu'il préconise ; pour lui, tant que les parois uréthrales ne sont pas tuméfiées jusqu'au bulbe, tant que le méat n'est pas en ectropion, tant que l'écoulement n'est pas extrêmement abondant, il faut essayer de faire avorter la blennorrhagie, quel que soit son âge.

Il n'en est pas moins vrai qu'un grand nombre de blennorrhagies échapperont toujours au traitement abortif parce que les médecins sont consultés trop tard ; parmi les malades, les uns par insouciance ne s'aperçoivent pas de suite de leur écoulement, les autres commencent par s'adresser aux pharmaciens, qui ne manquent jamais d'administrer à ces sortes de malades un remède anodin quelconque.

Parmi les moyens auxquels on a attribué le pouvoir de couper la blennorrhagie, je n'en retiens que trois qui valent la peine d'être discutés, à savoir l'administration des balsamiques à hautes doses, l'injection concentrée de nitrate d'argent, et les irrigations au moyen de la solution de permanganate de potasse.

1° On a prétendu que les *balsamiques*, administrés à très hautes doses, — 20 à 50 grammes de cubèbe, 15 à 20 grammes de copahu par jour — au début de la blennorrhagie pouvaient la juguler en quelques jours, mais tous ceux qui ont expérimenté cette méthode s'accordent à dire qu'elle est presque toujours infidèle; il n'est même pas démontré qu'elle ait jamais réussi.

J'ai connu pour ma part un jeune homme qui, se trouvant en voyage au moment où il constata les premiers signes d'une blennorrhagie, se procura sans retard des capsules de santal et prit en 24 heures tout le contenu de la boîte, soit 50 capsules, quantité énorme assurément; le lendemain, il put se croire guéri, l'écoulement étant complètement tari, mais, le jour suivant, il avait repris de plus belle et la maladie suivit son cours habituel.

On rencontre souvent cependant des malades qui affirment avoir réussi à couper une blennorrhagie commençante au moyen des balsamiques, ou bien au moyen d'une injection banale quelconque, préconisée à la quatrième page des journaux ou sur la devanture d'une officine, mais il ne faut ajouter aucune foi à ces prétendues guérisons, obtenues en l'absence de tout contrôle; tantôt, la blennorrhagie n'existait pas et, ce qui avait donné le change, c'était quelque sensation vague de chatouillement ou de cuisson dans l'urèthre, quelques symptômes fugaces de cystite provoqués surtout par un excès de boisson; d'autres fois, il s'agissait non pas d'une blennorrhagie aiguë, mais d'une recrudescence de blennorrhagie chronique, dont les symptômes se seraient dissipés d'eux-mêmes en quelques jours.

2° L'injection de *nitrate d'argent* a été jusque dans ces derniers temps le seul procédé abortif de la blennorrhagie qui méritât quelque crédit. Quelques gouttes d'une solution à 4 p. c. — concentration généralement adoptée — sont poussées dans l'urèthre au moyen d'une seringue; il faut avoir soin de limiter l'action du remède à 5, 6 ou 7 centimètres à partir du méat, les seules parties qui sont réellement atteintes au moment où le traitement abortif est encore indiqué; pour cela, il suffit de comprimer l'urèthre avec le doigt, pendant l'injection, au delà du point que le liquide ne doit pas franchir ; celui-ci doit être conservé pendant 3 ou 4 minutes.

Comme il est difficile au moyen d'une seringue de faire agir le liquide sur la région la plus antérieure du canal, celle de la fosse naviculaire, qui est la région la plus malade, on a conseillé, l'injection terminée, de coiffer l'extrémité du gland d'un dé en argent rempli de la solution et de le maintenir en place pendant quelques minutes.

L'application d'une solution forte de nitrate d'argent sur la muqueuse uréthrale est très douloureuse; on peut, il est vrai, ainsi que je l'ai constaté, supprimer complètement la douleur de l'injection, en introduisant au préalable dans le canal une solution de cocaïne à 5 p. c. que l'on maintient pendant quelques minutes.

Malheureusement, l'effet de la cocaïne n'est que passager, et les douleurs ne tardent pas à venir; elles sont très vives, réellement atroces au moment des mictions, et vont s'atténuant pour disparaître généralement au bout de 24 heures.

En même temps, il se produit une réaction assez vive : du gonflement du méat, de la turgescence de la verge, un suintement séreux ou séro-sanguinolent abondant, qui le lendemain devient séro-purulent, puis se supprime, si le traitement a réussi.

Lorsque l'écoulement continue, devient purulent ou verdâtre, c'est un signe que le traitement a échoué; les uns s'en tiennent là, et c'est à mon avis, le meilleur parti à prendre ; d'autres font une seconde tentative, voire une troisième, mais d'ordinaire, l'intensité des phénomènes inflammatoires rend bientôt illusoire toute tentative d'abortion.

L'injection d'une solution forte de nitrate d'argent est en somme assez pénible à supporter; ce ne serait qu'un demi-mal, car les sujets se déclarent prêts à tout souffrir, pourvu qu'on les guérisse rapidement;

malheureusement, le procédé est loin d'être infaillible; il réussirait approximativement 1 fois sur 4 seulement; c'est en provoquant l'élimination des couches épithéliales superficielles de la muqueuse, farcies de gonocoques, que la solution forte de nitrate d'argent arrive dans les cas favorables à juguler la maladie.

J'ai eu recours deux ou trois fois seulement à ce procédé qui n'est applicable du reste que tout au début du mal; il ne m'a jamais réussi et je suis d'autant moins disposé à le recommander qu'il m'a paru précipiter la marche de la maladie et en exagérer passagèrement les symptômes; il convient d'ajouter cependant qu'il a réussi entre les mains d'expérimentateurs dignes de foi, affirmant d'autre part qu'il n'a pas d'inconvénients sérieux en cas d'insuccès; à tout prendre, quand il réussit, il n'est pas plus pénible, et il est plus expéditif que le procédé dont il me reste à parler; on pourra donc y recourir dans les cas appropriés, tout en prévenant l'intéressé que le succès est incertain.

3° Le traitement abortif de la blennorrhagie par le permanganate de potasse est d'introduction toute récente dans la thérapeutique; il a été inventé par le dr Janet et appliqué par lui dans le service du prof. Guyon; il fait partie d'une méthode réellement spéciale de traitement de la blennorrhagie sur laquelle je suis obligé d'insister.

Cette méthode est basée essentiellement sur le *lavage de l'urèthre sans sonde, au moyen d'une solution de permanganate de potasse;* comme le reconnaît l'inventeur lui-même, l'emploi du permanganate en injections dans le traitement des uréthrites blennorrhagiques est loin d'être nouveau; il en est de même des lavages de l'urèthre sans sonde; ce qui lui est personnel consiste surtout dans le mode d'emploi.

Je dirai dans un autre article, à propos de la blennorrhagie aiguë, pourquoi les lavages de l'urèthre valent mieux que les injections vulgaires et pourquoi le lavage de l'urèthre sans sonde vaut mieux que le lavage au moyen de la sonde; je me borne maintenant à indiquer le *modus faciendi* du traitement abortif préconisé par le dr Janet, en insistant sur les menus détails d'exécution que j'ai adoptés après quelques tâtonnements, l'inventeur ayant été peu explicite sur ce point dans ses diverses communications; au surplus, j'ai été aidé

par les renseignements qu'a bien voulu me communiquer le dr Bastin, ancien assistant à la clinique chirurgicale de Louvain, qui a suivi attentivement à Paris les expériences du dr Janet.

L'appareil instrumental est très simple : un irrigateur d'Esmarch ordinaire, muni d'un tube en caoutchouc de deux mètres environ à l'extrémité duquel on adapte une courte canule de verre à bout conique suffisamment grosse pour obturer complètement le méat ; on se procure facilement ou au besoin on fait confectionner ces canules dont il convient d'avoir plusieurs dimensions, appropriées au calibre variable du canal.

L'irrigateur — dans lequel on a versé la solution — est suspendu à la hauteur de 50 centimètres, à compter à partir du niveau du canal ; à cette hauteur, la pression du liquide est suffisante pour laver tout l'urèthre antérieur, et l'urèthre postérieur est épargné.

Le malade, après avoir uriné, se tient debout ou assis et prend les précautions nécessaires pour préserver son linge et ses habits des éclaboussures du liquide ; le plus sûr est d'enlever le pantalon, comme le conseille Reverdin, qui fait tenir ensuite le sujet debout devant une cuvette dans laquelle descend une large toile cirée percée d'un trou ; au travers de ce trou, le patient fait passer le membre malade et se met ainsi à l'abri des taches, le champ opératoire étant complètement isolé.

Je me contente de faire descendre le pantalon et relever la chemise ; un petit bassin étroit, tenu par le patient en dessous de la verge, est chargé de recueillir le liquide ; avec un peu d'attention, on évite ainsi les taches indiscrètes.

Il sera toujours bon cependant d'avoir à sa disposition une solution d'acide oxalique (5 p. 100) pour enlever celles qui pourraient se produire et spécialement pour laver les mains du médecin, l'opération terminée.

Celui-ci se place à la droite du malade, soutient la verge de la main gauche, saisit de la main droite, un peu au-dessus de la canule de verre, en le pinçant de manière à l'obturer, le tube en caoutchouc dont le robinet a été ouvert, et introduit par le méat le bout conique du tube en verre qui obture bientôt le canal comme un bouchon ; en cessant alors de pincer le tube en caoutchouc, il laisse le liquide

remplir et distendre le canal, puis, retirant le tube de verre tout en pinçant de nouveau le tube en caoutchouc, il laisse le liquide s'échapper, et il procède ainsi successivement par de petits mouvements de va-et-vient à l'introducion et au retrait du tube, jusqu'à épuisement du liquide.

Pour le traitement abortif, le dr Janet se servait d'abord d'une solution à 1 p. 2000 de permanganate exclusivement : on injecte un litre à chaque fois.

Pour préparer les solutions, j'ai l'habitude de prescrire une solution concentrée de permanganate, soit par exemple une solution à 2 p. 100 dans l'eau distillée, et j'obtiens la solution à la concentration désirée pour l'irrigation, en ajoutant une quantité déterminée de la solution concentrée de permanganate à de l'eau ordinaire de préférence tiède, l'irrigation tiède étant plus agréable et plus efficace; de cette façon, je puis préparer de jour à autre avec la même fiole des irrigations des concentrations les plus diverses.

Le dr Janet a notablement modifié sa première manière de faire pour le traitement abortif de la blennorrhagie.

D'abord, il recommande de faire le premier lavage avec quelques précautions, c'est-à-dire progressivement d'avant en arrière; de laver d'abord le méat, puis de pénétrer plus avant en comprimant la verge au devant du scrotum, plus avant encore en comprimant le canal en arrière du scrotum; d'éviter autant que possible d'aller la première fois jusqu'au bulbe.

Le deuxième lavage était pratiqué dans le principe 6 heures plus tard 12 heures seulement après le premier; à partir du deuxième les lavages étaient répétées toutes les 12 heures et continués régulièrement pendant 4 à 5 jours consécutivement.

Actuellement, suivant ce que m'écrit le dr Bastin, le dr Janet a complètement renoncé pour le traitement abortif à ces injections faites d'emblée et très rapprochées qui faisaient trop souffrir les malades; quel que soit le moment où il commence le traitement, il fait des lavages au commencement avec la solution à 1 p. 4000 seulement, et il va progressivement en augmentant la concentration jusqu'à 1 p. 1000 et même jusqu'à 1 p. 500; seulement, quand il s'agit du traitement abortif, il rapproche davantage les séances, il les fait en moyenne

toutes les 16 heures, sauf les deux premiers jours où il les fait toutes les 12 heures; il répartit ainsi en 9 jours, temps que dure habituellement le traitement, 12 à 14 lavages; à partir du 7me jour, les lavages sont même pratiqués dans l'urèthre postérieur, en élevant la pression du liquide, comme je dirai plus tard.

Le permanganate de potasse détermine par son contact avec la muqueuse uréthrale un écoulement non pas purulent, mais séreux et transparent.

Le premier lavage est indolore, mais les suivants sont plus ou moins pénibles à supporter; le méat se gonfle, l'urèthre se tuméfie, les mictions deviennent de plus en plus douloureuses, l'urine est souvent teintée de sang; il est bon de recommander au malade d'uriner par petits jets pour ne pas distendre la muqueuse œdématiée; à partir de la quatrième séance, les lavages et les mictions deviennent de moins en moins douloureux, l'écoulement moins abondant et l'œdème des parties disparaît progressivement.

D'après l'auteur les gonocoques sont déjà totalement absents des sécrétions deux heures après le premier lavage, et ils ne reparaissent plus si le traitement est bien conduit.

Ajoutons qu'il recommande après chaque lavage de désinfecter avec soin le prépuce et le gland et même d'obturer le méat avec un petit tampon imbibé de permanganate pour éviter sa réinfection par le voisinage ou par les taches du linge; il n'est pas démontré que ces précautions soient indispensables cependant au succès de la cure.

Quant aux résultats, l'auteur dans sa première communication *(Annales des malad. des org. génito-urin.)* croyait pouvoir affirmer qu'aucune blennorrhagie prise au début ne pouvait résister à ce procédé d'abortion; la statistique qu'il a donnée dans un second travail *(Semaine médicale)* présente cependant un certain nombre de cas d'insuccès qu'il attribue, il est vrai, en partie à l'indocilité des malades ou à quelque vice d'application de la méthode inséparable des tâtonnements du début.

Cette statistique comprend sur 21 cas 13 succès et 8 insuccès.

Les 13 succès ont été obtenus 8 fois en moins de 5 jours, 4 fois en moins de 11 jours; 8 fois la blennorrhagie remontait à moins de

48 heures, 5 fois elle datait de 2 à 5 jours, l'âge de la maladie étan compté à partir de la constatation de la première goutte.

En cas d'insuccès, l'uréthrite n'est pas du reste sensiblement aggravée, et, après quelques jours de repos, on peut reprendre le traitement ordinaire de la blennorrhagie aiguë

Ainsi qu'il résulte de la statistique présentée par l'inventeur lui-même, sa méthode de traitement abortif n'est donc pas infaillible, et c'est aussi à cette conclusion que je suis arrivé en la soumettant à l'expérimentation; à côté de succès remarquables, étonnants, j'ai eu des revers, sans trop savoir à quelle cause les attribuer.

En résumé, le médecin est-il autorisé à conseiller dans tous les cas récents le traitement abortif par les lavages répétés au permanganate de potasse ?

Le procédé est évidemment assujettissant pour le médecin, car il n'est pas possible de confier le traitement au malade lui-même ou à une personne inexpérimentée; je l'ai fait quelquefois quand il n'y avait pas moyen de faire autrement, mais je n'ai pas eu à m'en louer.

Le procédé est en outre très pénible à supporter; il y a des malades qui se refusent bientôt à le continuer.

Le dr Janet est revenu lui-même de l'enthousiasme des premiers jours, et en général, il préfère laisser passer les premiers jours de la maladie, la période de la réaction inflammatoire, avant de commencer les irrigations au permanganate.

A sa consultation de l'hôpital, il n'accepte plus de traiter les cas de blennorrhagie aiguë, à cause de l'inflammation intense qui survient.

Pour les malades de la clientèle privée qui veulent s'armer de courage, on pourra entreprendre le traitement abortif par le permanganate, en leur garantissant une chance sur deux à peu près d'être débarrassés de leur affection en 8 ou 9 jours.

J'aurai encore l'occasion de revenir sur la méthode de traitement du dr Janet à propos de la blennorrhagie aiguë et chronique; qu'il me suffise de dire à présent que le permanganate de potasse est bien près d'avoir les vertus d'un spécifique contre la blennorrhagie.

Dr DANDOIS.

TRAITEMENT DE L'ULCÈRE ROND.

D'après un travail du prof. Liebermeister, l'indication primordiale de ce traitement consiste à réduire à son minimum l'influence délétère que le suc gastrique exerce sur la muqueuse ulcérée : dans ce but, il prescrit d'une part les aliments qui excitent le moins possible la muqueuse de l'estomac et qui séjournent très peu de temps dans cet organe, d'autre part les médicaments qui neutralisent le contenu de l'estomac ainsi que ceux qui augmentent le mouvement péristaltique.

Ainsi 1° Le malade devra boire à jeun 1 demi-litre d'eau additionnée de sel artificiel de Carlsbad ou d'une mixture ainsi composée :

Bicarbonate de soude	40 parties.
Sulfate de soude	40 —
Chlorure de sodium	20 —

La quantité de sel qu'on devra mettre dans le demi-litre d'eau variera d'une cuillerée à café à une cuillerée à thé et même davantage. Il importe que l'absorption du liquide soit suivie de deux selles molles. Cette boisson sera tiède (34 à 40 degrés), bue lentement, par petites gorgées, en l'espace de quinze à trente minutes. Le malade restera couché pendant ce temps et ne prendra aucune nourriture pendant une heure et demie.

Ce traitement sera continué pendant quatre semaines environ et pendant tout ce temps, le malade prendra une alimentation exclusivement liquide, composée de soupes et de lait. Les soupes seront faites avec du bouillon additionné d'orge, de riz, de gruau d'avoine, de pois ou de haricots frais. On peut y ajouter, pour en relever le goût, du persil et du poireau, mais s'abstenir d'y mettre des œufs.

Le lait sera bouilli, pris froid ou chaud, toujours par petites gorgées.

Si le lait est pris avec répugnance ou mal supporté, on essayera d'y ajouter une petite quantité de thé ou de café noir.

Durant la nuit, l'estomac sera laissé en repos le plus possible.

Au bout de quatre semaines, la boisson laxative sera supprimée, et, si à partir de ce moment, il survient une constipation opiniâtre, on fera prendre, chaque soir, 1 à 2 cuillerées à thé de la mixture suivante :

Carbonate de magnésie	10 parties.
Rhubarbe en poudre	20 —
Oléosaccharure de menthe	10 —

A partir de ce moment aussi, on modifiera quelque peu le régime. On permettra d'abord la biscotte ou le pain blanc pas trop frais; plus

tard le jambon fumé, le veau froid, la purée de pommes de terre, en petite quantité. Néanmoins, pendant longtemps encore et parfois même pendant plusieurs années, le lait et la soupe seront la base de l'alimentation. Les alcools seront sévèrement prohibés. Dans la suite, on pourra permettre l'usage, en petite quantité, d'un vin généreux.

Cette cure sera répétée ensuite, aussi souvent que l'exigeront les rechutes.

2° Lorsque ce traitement diététique est mal supporté, ou ne donne pas les résultats désirés, Liebermeister a recours à l'emploi du nitrate d'argent ; c'est ainsi que le malade prendra tous les matins, à jeun, d'abord une cuillerée à bouche, puis, plus tard, en augmentant progressivement la dose, jusqu'à quatre cuillerées à bouche de la solution suivante :

Eau distillée	100 grammes.
Nitrate d'argent	15 centigr.

Après l'ingestion de cette solution, le malade devra rester à jeun pendant une heure et demie. Le régime alimentaire sera, autant que possible, celui qui a été indiqué ci-dessus.

3° Contre les douleurs abdominales, l'auteur conseille les applications de cataplasmes pendant le jour et de compresses de Priessnitz durant la nuit.

4° En cas de cardialgie intense, l'emploi de la morphine soit en potion, soit en injection sous-cutanée est indiqué.

5° S'il survient une gastrorragie abondante, repos absolu dans le décubitus horizontal. Toute alimentation sera supprimée. Contre la soif, fragments de glace. En outre, lavements tièdes à la camomille (100 à 150 grammes de liquide) avec 2 à 5 gouttes de teinture d'opium. De temps en temps, morphine en potion ou en injection sous-cutanée. Lorsque l'hémorragie menace d'être abondante, injections sous-cutanées d'ergotine. Quand il survient une perforation d'un ulcère rond de l'estomac, l'opium et la morphine devront être donnés à des doses plus fortes.

On a publié dernièrement un cas où la chirurgie est intervenue efficacement à la suite de la perforation. L.

LES CAUSES D'INSUCCÈS DE LA DIGITALE.

Le dr Huchard a cru utile d'indiquer les principales causes des insuccès plus apparents que réels de la digitale, ce médicament cardiaque par excellence.

1° Les insuccès tiennent d'abord à la *qualité du médicament* :

les conditions d'une bonne préparation sont nombreuses : ne pas choisir la digitale cultivée dans les jardins qui est presque inerte, mais celle qui croît spontanément sur les terrains schisteux, dans les lieux élevés et chauffés par le soleil; les principes actifs sont en abondance surtout dans les feuilles; les feuilles de la première année sont presque inertes ; il faut cueillir celles de la seconde année, en juin, avant la floraison ; les sécher à l'ombre ou à l'étuve, mais à une température ne dépassant pas 30°, les conserver à l'abri de la lumière et de l'humidité, dans des flacons bien bouchés; enfin renouveler chaque année la provision.

Comme toutes ces conditions sont loin d'être remplies toujours dans la pratique, on comprend pourquoi *l'infusion et la macération de feuilles qui sont des préparations de choix sont cependant inférieures à la digitaline cristallisée, toujours invariable et identique à elle-même.*

2° Les insuccès de la digitale tiennent encore souvent au défaut d'*indications précises;* ainsi, on a employé la digitale dans nombre de maladies aiguës pour abaisser la température fébrile (rhumatisme articulaire, fièvre typhoïde, pneumonie, etc.), mais, sauf au sujet de la pneumonie, où la digitale peut être indiquée dans tous les cas où le myocarde menace d'être défaillant, on ferait bien de se rappeler que *les propriétés antifébriles de la digitale ne s'exercent qu'à haute dose et d'une façon très infidèle.*

Au sujet des maladies du cœur, il n'est pas plus exact de dire que la digitale est indiquée dans les maladies de l'orifice aortique que dans les affections mitrales; *c'est l'état de la fibre cardiaque et non le siège des lésions qui commande et domine l'indication de la digitale dans les affections du cœur.*

Il en résulte 1° que la digitale est contre-indiquée dans toutes les affections valvulaires, qu'il s'agisse de rétrécissement ou d'insuffisance, d'affection aortique ou mitrale, lorsque ces maladies sont suffisamment ou exagérément compensées dans leurs deux périodes d'*eusystolie* ou d'*hypersystolie.*

2° Qu'elle est indiquée dans toutes les cardiopathies valvulaires ou artérielles, lorsqu'elles sont insuffisamment compensées (périodes d'*hyposystolie* et d'*asystolie*).

On a dit que l'insuccès de la digitale était dû à l'état de profonde dégénérescence du muscle cardiaque; le d^r Huchard établit que l'on ne doit pas conclure toujours de l'impuissance de la digitale à l'impuissance définitive du myocarde, celle-ci pouvant être en effet temporaire. *La dégénérescence myocardique même complète n'est pas une contre-indication absolue à l'emploi du remède;* on remarque

au contraire, dit-il, que la digitale produit ordinairement son maximum d'action dans les cardiopathies artérielles avec gros cœurs scléreux, caractérisés par l'atteinte profonde et précoce du myocarde, plutôt que dans les affections valvulaires où l'altération de la fibre cardiaque est moins généralisée et plus tardive.

D'après lui, *la digitale n'est pas dangereuse dans toutes les cardiopathies caractérisées par l'hypertension vasculaire*, comme on le croit. « Le médicament a en lui-même son correctif, et s'il débute en exagérant la tension, il provoque bientôt la diurèse, qui, comme une soupape de sûreté, rétablit l'équilibre. »

Par contre, *les arythmies résultant de l'altération profonde de la fibre cardiaque dans l'artério-sclérose ne sont pas modifiées par la digitale;* le remède peut même alors être nuisible.

La tachycardie d'origine bulbaire, ainsi que la tachycardie compensatrice qui survient dans le cours de certaines affections cardiaques, ne sont pas influencées par la digitale.

On voit ainsi des cardiopathes, arrivés seulement à la période d'hyposystolie, chez lesquels l'administration de la digitale ne parvient jamais à faire tomber le pouls au-dessous de 90 à 100 pulsations. On commet alors une faute thérapeutique en persistant à continuer l'emploi du médicament; car l'effort compensateur ne se fait pas seulement, comme on a tort de le croire, aux dépens du myocarde qui s'hypertrophie, il peut encore être réalisé au moyen de l'accélération des battements cardiaques qu'il faut savoir respecter, le cœur gagnant en vitesse ce qu'il a perdu en force.

Enfin, *la digitale n'est pas toujours à prescrire, lorsqu'un cardiopathe est atteint de dyspnée;* elle n'est indiquée que dans les cas où les accidents respiratoires sont sous la dépendance de la rupture de compensation et d'une congestion passive des poumons.

L'auteur attire aussi l'attention sur les troubles du tube digestif qui peuvent entraîner l'hyposystolie et qu'il faut combattre avant de prescrire la digitale.

3° Les insuccès de la digitale peuvent encore tenir au *mode d'administration*; les uns la donnent à doses croissantes, d'autres à doses décroissantes, d'autres encore à doses massives; c'est ce procédé que l'auteur préfère; il a recours, comme nous l'avons déjà dit, à la solution de digitaline cristallisée au millième. Il l'administre le plus souvent en une fois pendant un seul jour à la dose de cinquante gouttes, soit un milligramme de principe actif.

La digitaline cristallisée dont il est ici question est la digitaline française qui n'est pas reprise dans notre Codex; c'est la digitaline de Nativelle qui est composée principalement de digitoxine et qui

parait devoir supplantés tôt ou tard toutes les autres préparations de digitale. (Voir Compte-Rendu de l'Acad. de méd , *Revue médicale*, p. 45 et 93).

Pendant la durée de la médication digitalique, il importe de ne prescrire aucun médicament antagoniste : la morphine, la belladone, l'antipyrine, l'ergot de seigle qui diminuent la diurèse, la trinitrine, le nitrite d'amyle, les iodures qui affaiblissent la tension artérielle (antagonisme physiologique); les préparations de plomb et de tannin qui précipitent la digitaline (antagonisme chimique). L.

—

DE LA PONCTION DANS L'ŒDÈME DES MEMBRES.

Il y a un grand nombre d'hydropisies d'origine cardiaque ou rénale qui dans le principe sont améliorées ou guéries par la digitale, les diurétiques, les purgatifs ou les diaphorétiques, mais qui finissent par devenir réfractaires à toutes ces médications ; c'est alors qu'il est indiqué de donner issue au liquide par des ouvertures pratiquées à la peau.

Jusqu'ici, on a surtout eu recours à ce moyen en dernier ressort, pour ainsi dire *in extremis ;* aujourd'hui on tend à le faire de bonne heure; récemment C. Paul insistait à la *Société de thérapeutique* sur les avantages des *ponctions précoces*.

Si ce moyen n'est pas employé aussi souvent qu'il conviendrait, c'est que les ponctions ne vont pas sans quelques risques ; comme toutes les solutions de continuité, elles exposent à diverses complications parmi lesquelles il y en a une surtout qui est à redouter : l'érysipèle; il arrive encore que les ponctions deviennent le point de départ d'une gangrène envahissante.

C'est naturellement par les soins de propreté qu'on arrivera le mieux à prévenir ces complications ; C. Paul se contente de recouvrir les jambes d'un corps isolant, tel que la vaseline.

D'autres procédés ont été également recommandés.

En général, on est d'accord pour proscrire les *scarifications* à cause de leur peu d'efficacité d'abord, à cause du danger d'infection auquel elles exposent plus que tout autre moyen ensuite ; c'est au drainage ou aux incisions qu'on donne aujourd'hui généralement la préférence.

Le *drainage* pratiqué au moyen de trocharts capillaires enfoncés à travers la peau a été vulgarisé par Kopp en 1881 ; les résultats qu'il publia étaient très satisfaisants, bien que les complications d'érysipèle ou de gangrène n'eussent pas été absentes.

Plus tard, Ziemssen modifia ce procédé : il ne laisse pas les trocharts en place plus de 12 heures et les entoure de ouate antiseptique ; la peau est en outre au préalable parfaitement désinfectée sur toute

l'étendue du membre; le poinçon enlevé, on adapte à l'extrémité libre de chaque trochart un tube en caoutchouc, et tous les tubes aboutissent à un bassin rempli d'une solution phéniquée placé dans le lit entre les jambes du malade

L'efficacité de cette méthode a été bien établie par l'auteur : dans un cas de néphrite parenchymateuse, il retira 27 litres de liquide au moyen de 49 canules placées à la fois; la méthode est au surplus très commode, car elle permet d'éviter les souillures du lit; puis, comme le liquide ne coule pas sur la peau pour s'y altérer, les complications d'érysipèle et de gangrène sont avec quelques précautions presque sûrement écartées.

Malheureusement, il n'y a guère que dans des services hospitaliers que cet excellent moyen de traitement de l'œdème des membres peut être correctement appliqué; il est vrai qu'on peut le simplifier notablement, en diminuant le nombre des canules; on choisira alors des trocharts d'un calibre plus considérable, 2 millimètres et demi de diamètre par exemple; quelques trocharts de ce calibre suffiront dans la majorité des cas et le procédé ainsi modifié est vraiment à la portée de tout le monde, à l'abri des complications redoutées.

Le professeur Van Lair, de Liège, a inventé les clous-trocharts, faciles à introduire et peu gênants pour le malade.

Les *incisions* sont aussi très prônées ; il ne s'agit pas des petites incisions qui ont d'abord remplacé les scarifications et qui ont les mêmes inconvénients qu'elles, mais des incisions peu nombreuses et profondes : elles ont une longueur de 3 à 4 centimètres en moyenne et intéressent toute l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané; les uns ont conseillé de les recouvrir d'un pansement antiseptique absorbant, et c'est évidemment préférable, lorsqu'on n'a pas à reculer devant les frais occasionnés; d'autres se contentent d'appliquer sur les incisions laissées à découvert des draps propres pour recueillir les exsudats, en prenant soin de les renouveler fréquemment.

Fürbringer a pu répéter plusieurs fois ces incisions en peu de temps sur le même malade sans voir survenir la moindre complication et sans provoquer de réaction inflammatoire; elles sont au surplus fort commodes pour évacuer le liquide.

Les incisions seront pratiquées au besoin sans douleur au moyen de la cocaïne. L.

DU MASSAGE DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES.

En 1886, Lucas Championnière a préconisé une méthode nouvelle de traitement des fractures basée sur le massage et la mobilisation

précoce, mais cette méthode ne s'est pas vulgarisée autant qu'elle le mérite.

La plupart des praticiens restent préoccupés exclusivement dans ce traitement de l'immobilisation des fragments en bonne position et négligent totalement un autre facteur du problème, à savoir la nécessité d'entretenir la bonne nutrition des muscles, la souplesse des gaînes tendineuses et des articulations voisines de la fracture.

Il est vrai, comme l'écrit le d[r] Reclus, que les deux exigences paraissent contradictoires. En effet, les os pour se souder réclament l'immobilité du membre, tandis que le mouvement est nécessaire pour assurer la nutrition du muscle, maintenir le glissement des gaînes tendineuses et le libre jeu des surfaces articulaires. Mais il faut savoir que *le repos absolu, une immobilité rigoureuse des fragments d'une fracture ne sont pas aussi nécessaires qu'on le pense communément à la consolidation ;* ainsi, les fractures de la clavicule dont les fragments sont déplacés constamment par les mouvements des bras, les fractures des côtes dont les fragments suivent sans cesse le jeu respiratoire, les fractures de cuisse traitées par l'extension continue dont les fragments jouent l'un sur l'autre chaque fois que le malade se remue ou s'assied dans son lit, se consolident parfaitement.

Il en résulte que, *pour toute une classe de fractures, il faut abandonner l'immobilisation à outrance :* ce sont toutes les fractures où la tendance au déplacement est nulle ou à peu près, soit parce que les fragments s'engrènent comme à l'extrémité inférieure du radius, soit parce que les fragments sont retenus par des ligaments ou des muscles ou par un os voisin, comme les fractures de l'extrémité inférieure du péroné, celles des côtes, des métacarpiens.

Si on recourt dans ces cas à un appareil immobilisateur, on aura soin de l'enlever de bonne heure et de se conduire comme si on avait affaire à une contusion simple ou à une entorse, dont ces fractures sont du reste l'équivalent.

Lucas-Championnière, dans ces cas. agit le plus tôt possible, aussitôt après la fracture : le massage doit porter sur l'articulation du poignet ou du cou-de-pied, sur les muscles, les gaînes tendineuses, tout en évitant avec soin le foyer de la fracture ; on remonte jusqu'aux doigts et jusqu'aux orteils. On suit les gaînes tendineuses, les faisceaux musculaires, on mobilise méthodiquement chaque articulation. Les séances sont très longues et répétées au besoin ; dans l'intervalle, la région n'aura pas d'appareil ; à peine l'entourera-t-on d'une bande de flanelle et, grâce à ce traitement si simple, d'ordinaire au bout de 8 jours pour le poignet, de 10 à 12 jours pour le cou-de-pied, le membre aura recouvré une partie de ses mouvements, et tous au bout de 15 jours pour le premier, de 3 semaines pour le second.

Jusqu'à la fin de la troisième semaine on empêchera le patient de soulever de gros poids ou de se livrer à la marche.

II. Par contre, dans les fractures de la diaphyse des os en général, un appareil contentif est indispensable, vu la mobilité des fragments; sans cela, il se produirait des déplacements, des malformations diverses, en un mot une consolidation vicieuse avec tous ses inconvénients.

Mais, *même dans les fractures, où la tendance au déplacement est considérable, il ne faut plus immobiliser le membre dans un appareil à demeure pendant les cinq ou six semaines réglementaires*, conformément à l'ancienne pratique.

On peut même faire précéder l'application de l'appareil plâtré d'une légère séance de massage; au moins, au bout de 8 à 10 jours, cet appareil sera enlevé pour une séance nouvelle de massage et de mobilisation, et, si déjà le cal commence à se former, si les fragments en contact n'ont plus de tendance au déplacement, on pourra se contenter de déposer le membre dans une gouttière dont on le sortira tous les jours pour pratiquer la mobilisation et le massage. Si, au contraire, les fragments persistent dans leur tendance au déplacement, un nouvel appareil est appliqué pour huit jours encore. Grâce à ce traitement, très simple on le voit, le cal se forme mieux et la guérison définitive est plus rapide.

Nous ne saurions trop insister sur les avantages de cette manière de faire ni trop la recommander aux praticiens. Comme le dit le dr Reclus, autrefois, au bout de cinq à six semaines, lorsqu'on enlevait l'appareil inamovible, on constatait bien l'existence d'un cal résistant, mais on se trouvait en présence d'un membre amaigri, enraidi, sans souplesse, incapable de satisfaire à sa fonction qu'il ne récupérait qu'après de longues semaines et les ennuis d'un long et nouveau traitement. Et, que de troubles circulatoires persistants, que d'œdèmes, de varices, d'eczémas, d'ulcères, de névralgies, que de lésions de toutes sortes sur ces membres fracturés et consolidés après ces interminables emprisonnements ! Championnière a le droit d'insister sur les services qu'il a rendus, de ce fait, à la thérapeutique : maintenant, grâce à sa méthode, ces accidents sont exceptionnels et la fracture ne laisse plus après elle les mêmes impuissances fonctionnelles et les mêmes tares inguérissables. L.

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ENFANTS IDIOTS ET ARRIÉRÉS.

Il y a trois ans, le prof. Lannelongue pratiqua sa première opération de crâniectomie, dans le but de faciliter l'expansion du

cerveau et par suite le développement des facultés intellectuelles chez les microcéphales, nom générique sous lequel il rangeait les diverses formes de l'idiotie ; il prétendait que la microcéphalie, en effet, reconnaissait fréquemment pour cause l'ossification prématurée des sutures des os du crâne.

Un grand nombre de chirurgiens se sont empressés d'imiter le prof. Lannelongue sans trop s'enquérir de la légitimité de l'opération ; celle-ci n'est cependant pas si bénigne, puisque sur 83 cas réunis par le d[r] Bourneville, il y a eu 15 décès.

Celui-ci, après s'être appliqué à l'examen après la mort des os du crâne et du cerveau chez un certain nombre d'enfants idiots ou arriérés, et après avoir contrôlé les observations de crâniectomie publiées, est arrivé aux conclusions suivantes :

I. — Le *traitement chirurgical* de l'idiotie repose sur une hypothèse que ne confirme pas l'*anatomie pathologique*.

II. — La *synostose prématurée des sutures du crâne* n'existe pas dans les différentes formes de l'idiotie. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement que l'on rencontre une synostose partielle.

III. — Les *lésions* auxquelles sont dues les idioties sont d'ordinaire profondes, étendues, variées, et partant peu susceptibles d'être modifiées par la *crâniectomie*.

IV. — Le *diagnostic de la synostose des sutures* et de l'*épaisseur* du crâne échappe jusqu'ici à nos moyens d'investigation.

V. — D'après la plupart des chirurgiens les résultats obtenus par l'intervention opératoire même sont légers, douteux ou nuls. Des accidents graves (paralysie, convulsions, etc.) et la mort peuvent s'en suivre.

VI. — Le *traitement médico-pédagogique* reposant sur la méthode imaginée par Séguin et perfectionnée par l'introduction de procédés nouveaux, appliquée judicieusement et prolongée un temps convenable, permet d'obtenir à peu près toujours une amélioration sérieuse et souvent même de mettre les enfants idiots et arriérés en état de vivre en société. L.

LES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES.

Voici une maladie, comme le dit le d[r] Raugé, *(Semaine médicale)* qui court littéralement les rues, et cependant, combien parmi les praticiens, qui font, comme on dit, de la médecine générale, ont de cette affection vulgaire autre chose qu'une idée confuse ?

Mais aussi la question est encore jeune, la maladie étant parfaitement inconnue il y a vingt cinq ans ; puis, on s'est habitué à en

abandonner le soin aux spécialistes, à tel point que les ouvrages de médecine et de chirurgie classiques ont longtemps oublié de la décrire.

Le d[r] Raugé regrette ce défaut de vulgarisation d'une maladie, en définitive facile à diagnostiquer, grave par elle-même, grave surtout par ses complications.

Combien de tympans perforés, d'oreilles perdues auraient pu être sauvés par un diagnostic fait à temps ? Combien d'enfants inintelligents chez qui maîtres et médecins ne voient le plus souvent que des idiots et des arriérés vulgaires, qui sont tout simplement porteurs de végétations adénoïdes ?

Sans doute, la maladie, une fois reconnue, appartiendra au rhinologiste, le traitement opératoire qu'elle réclame étant affaire de chirurgie spéciale, mais c'est au médecin qu'il appartient de la découvrir, de la démasquer à temps.

Il ne faut pas croire que le diagnostic soit difficile, et qu'il soit nécessaire de voir les masses adénoïdes pour en affirmer la présence; le diagnostic devient probable avec un regard jeté sur le malade, quelques mots qu'on lui entend prononcer et quelques questions adressées aux parents. Sa certitude s'affirme avec un doigt introduit dans le pharynx; et ce toucher pharyngien n'est pas beaucoup plus difficile qu'un simple toucher vaginal.

« Dans les formes bien dessinées, les plus graves par conséquent, celles qu'il faut absolument reconnaître, l'affection s'accuse par des signes aussi apparents, aussi extérieurement visibles que le rachitisme ou la scrofule, par des signes qui se montrent sans qu'il soit besoin de les chercher et qui sautent, pour ainsi dire, aux regards du moins clairvoyant L'adénoïdien porte son diagnostic écrit sur son visage; on le reconnaît dans la rue comme on reconnaît un ataxique à sa démarche, un malade de Basedow à la saillie de ses globes oculaires ou un coxalgique à sa façon de boiter. »

L'importance de la maladie nous engage à résumer en quelques lignes les principaux signes du diagnostic analysés dans l'article du d[r] Raugé, bien que nous nous soyons déjà occupé des végétations adénoïdes dans la *Revue*.

1° Il s'agit toujours d'un enfant, rarement âgé de plus de 14 à 15 ans, presque jamais de moins de 4.

2° Ce qui frappe au premier aspect c'est l'expression toute particulière du visage.

L'enfant a la bouche entr'ouverte; la mâchoire inférieure pendante et comme abandonnée laisse plus ou moins à nu la face dorsale de la langue, tandis que la lèvre supérieure, trop courte et remontée, découvre les incisives correspondantes et quelquefois une partie des

gencives. Le trait dominant du tableau, c'est précisement cette bouche bête et continuellement ouverte, c'est le contraste singulier entre l'aspect presque idiot qu'elle donne au bas du visage et l'expression d'intelligence relative que le regard a généralement conservée.

Le diagnostic est fait pour ainsi dire sur cette première impression ; puis la mère nous apprend divers autres signes.

3° L'enfant ronfle en dormant et il se réveille plusieurs fois la nuit.

4° Il se développe mal, sa poitrine reste étroite, il s'enrhume facilement, il ne peut ni monter ni courir sans être aussitôt oppressé, ni prendre part aux jeux de ses camarades, parce qu'il a le souffle court.

3° Enfin l'enfant entend mal, il ne répond pas quand on lui parle et se fait répéter les questions ; quelquefois, une oreille ou toutes les deux se sont mises à couler.

6° Ajoutons encore les troubles de la voix ; la prononciation est défectueuse surtout pour les consonnes *m* et *n*.

Voilà la symptomatologie complète d'un cas de végétations adénoïdes, et remarquons, avec le dr Raugé, que rien dans tous ces signes n'attire l'attention du côté du pharynx nasal chez un médecin qui n'est pas prévenu.

Il est vrai que la seule conclusion permise jusqu'à présent, c'est que les voies nasales sont obstruées ; pour en découvrir la cause, il faut maintenant procéder à l'examen.

L'examen *visuel* direct n'apprend pas grand'chose, sauf le palais étroit et profond, montant en forme d'ogive du côté des fosses nasales, des granulations du pharynx buccal et l'hypertrophie des amygdales, lésions qui sont les compagnes ordinaires des végétations adénoïdes.

Il faut *voir* ou *toucher* les végétations elles-mêmes.

On peut les voir par la rhinoscopie postérieure qui n'est pas à la portée de tout le monde et qui du reste n'est guère praticable chez les enfants ; quand on les voit, elles apparaissent comme des excroissances mûriformes, d'une couleur rosée, mais plus pâle que celle de la muqueuse normale, retombant au devant des narines postérieures dont elles bouchent la partie supérieure, remplissant les fosses de Rosenmüller, comprimant l'orifice des trompes ; nous avons ainsi l'explication matérielle des troubles d'obstruction variés dont nous avons tantôt constaté cliniquemeut les symptomes.

Le toucher digital fournit des indications moins précises peut-être que la vue, mais presque toujours suffisantes pour établir un diagnostic rigoureux ; le toucher du naso-pharynx est une manœuvre un peu brutale, mais indispensable, très aisée, lorsqu'on l'accomplit avec douceur et méthode comme suit :

Placez-vous debout en arrière du petit malade et un peu à sa droite.

Embrassez fortement sa tête dans la concavité de votre bras gauche, pour l'empêcher tout à l'heure de fuir devant le doigt explorateur. Puis, lui faisant ouvrir largement la bouche, introduisez résolument, jusqu'en arrière du voile du palais, l'index droit recourbé en crochet, avec sa face palmaire regardant par en haut. Tâchez de surmonter doucement, mais par un effort continu, la résistance que vous oppose, au niveau des piliers postérieurs, le sphyncter des pharyngo-staphylins. Cet obstacle vaincu, vous êtes dans la place.

S'il existe réellement des tumeurs adénoïdes, la sensation tactile que l'on éprouve est tout à fait particulière et ne s'oublie plus guère quand on l'a ressentie une fois; on a épuisé, pour l'exprimer, une série de comparaisons dont aucune, comme toujours, n'en donne une idée très exacte : c'est une masse pâteuse et molle, cependant assez résistante, dont la surface mamelonnée donne au doigt une sensation qu'on a comparée tantôt à celle de la substance cérébrale, tantôt au contact d'une masse de vers de terre enroulés.

Voilà la maladie, dit le d[r] Raugé, à côté de laquelle on a passé pendant des siècles sans la voir, jusqu'au jour où Meyer fit surgir tout d'un coup cette notion nouvelle; il se demande ce qu'on faisait de ces malades il y a vingt ans; pour le médecin général, c'étaient des lymphatiques à qui il prescrivait de l'huile de foie de morue; l'auriste ne voyait que des otites ou des catarrhes de la trompe et pratiquait des cathétérismes, le laryngologue que des angines granuleuses qu'il cautérisait; enfin, le dentiste que des palais ogivaux pour lesquels il appliquait un appareil redresseur.

En attendant, le mal s'aggravait; finalement, comme il s'agit en ce cas d'une lésion qui rétrocède d'elle-même après l'adolescence, le sujet guérissait tout seul; du moins, ses tumeurs s'atrophiaient, mais il gardait ses tympans perforés ou sa surdité, sa poitrine étroite, son visage déformé et ses dents de travers.

Maintenant, ces mêmes malades reconnus à temps sont opérés et guéris; le traitement consiste à enlever chirurgicalement les tumeurs; on pratique l'ablation par la voie buccale, soit avec une pince, soit avec l'anneau tranchant; l'opération s'exécute presque toujours en plusieurs séances, avec ou sans l'anesthésie générale.

Quant à la nature de la maladie, les végétations adénoïdes sont tout simplement dans le naso-pharynx ce que l'angine granuleuse est dans le pharynx-buccal et la banale hypertrophie des amgydales au niveau de l'isthme du gosier; c'est-à dire l'hypertrophie du tissu adénoïde de la région; elles n'empruntent qu'à leur siège la gravité de leurs symptômes. L.

DE LA DÉSINFECTION DANS LA PRATIQUE OBSTÉTRICALE.

On a soulevé dans ces derniers temps l'importante question de savoir s'il faut dans l'accouchement normal avoir recours à l'asepsie ou à l'antisepsie, notamment si les injections vaginales sont oui ou non recommandables.

On peut chercher la solution à cette question dans les recherches expérimentales ou dans l'expérimentation clinique.

I. Döderlein a examiné les sécrétions vaginales d'un grand nombre de personnes enceintes sous le rapport de leur contenance en microbes, spécialement en microbes pathogènes, et les résultats de ses recherches ont été concluants.

Dans 55 p. c. des cas, où les sécrétions vaginales possédaient leur réaction acide normale, elles ne renfermaient que des microbes inoffensifs; les injections vaginales ne pouvaient donc qu'être nuisibles, car elles exposent à l'introduction accidentelle d'organismes pathogènes.

Dans les autres cas, comprenant 45 p. c. des femmes examinées, les sécrétions vaginales étaient pathologiques, jaunâtres ou crêmeuses, d'une réaction acide peu prononcée, neutre ou même alcaline; elles renfermaient à côté de saprophytes vulgaires, des microbes pathogènes, particulièrement le staphylocoque, parfois aussi le streptocoque, le plus redoutable de tous; seulement, dans la plupart des cas, ces microbes n'avaient aucune propriété virulente.

Il semble néanmoins que les injections vaginales soient indiquées dans tous ces cas; seulement, il faut observer que de simples irrigations sont impuissantes à réaliser la désinfection du vagin, et qu'il faudrait avoir recours aux frictions énergiques des parois; or, cette manœuvre entre des mains maladroites aurait plus d'inconvénients que d'avantages.

Ces considérations amènent l'auteur à déconseiller même dans ces cas la désinfection du vagin, chaque fois qu'il s'agit d'un accouchement normal.

En résumé, la chose essentielle dans la pratique des accouchements, c'est de ne pas apporter de l'extérieur des microbes pathogènes dans les voies génitales; le médecin doit donc s'astreindre à une désinfection minutieuse des mains et des instruments et s'abstenir autant que possible d'exploration; la désinfection du vagin ne devient indispensable que lorsque telle ou telle circonstance nécessite l'introduction fréquente des doigts ou des instruments.

II. Léopold est arrivé aux mêmes conclusions que Döderlein par la voie de l'expérimentation clinique; dans son service, les

irrigations vaginales furent pratiquées de 1886 à 1889, pour être abandonnées à partir de l'année 1889; le tableau suivant indique les résultats obtenus.

	1re période Irrigations vaginales	2e période Suppression des irrigations	Accouchements normaux sans exploration interne
Infection puerpérale légère	1.26 °/o	0,88 °/o	0,65 °/o
Infection puerpérale mortelle	0,2	0.15	0,07

L'auteur tire de ces résultats comparatifs les conclusions suivantes : il faut s'abstenir le plus possible de toute exploration interne, et dans les cas où elle est nécessaire pratiquer au préalable une asepsie minutieuse des organes génitaux externes et prendre soi-même les plus rigoureuses précautions d'asepsie.

Quant aux irrigations antiseptiques du vagin, elles sont plus nuisibles qu'utiles dans les accouchements normaux, et il ne faut y recourir que lorsqu'il existe déjà manifestement des signes d'infection ou au moins lorsque celle-ci est très probable.

Les résultats de la pratique de Mermann concordent parfaitement avec les précédents; sur une série non interrompue de 700 accouchements pratiqués sans la moindre désinfection vaginale, il n'a pas eu à déplorer un seul cas de mort par infection puerpérale, et la morbidité, c'est-à-dire les accidents légers d'infection parmi lesquels sont rangées les ascensions de température supérieures à 38°, n'a été que de 6,5 p. c.

Mermann proscrit la désinfection du vagin, même dans les cas d'intervention opératoire.

En définitive, et sans tenir compte de quelques opinions discordantes, l'opinion générale au sujet de l'asepsie dans les accouchements est la suivante : l'asepsie méticuleuse de l'accoucheur et de la sage-femme est ce qui importe avant tout; les précautions à prendre du côté de la parturiente se borneront à l'asepsie des organes génitaux externes et du voisinage (literie, linges); on sera aussi sobre que possible d'exploration : en règle générale, deux explorations suffiront, l'une à l'arrivée de l'accoucheur, l'autre après la rupture de la poche des eaux; si l'on observe scrupuleusement ces préceptes, non seulement il est permis de négliger la désinfection du vagin si l'accouchement se fait normalement, mais il est préférable de s'en passer.

Pour la désinfection des organes génitaux, c'est au lysol qu'on donne généralement la préférence; la solution à 1 ou à 2 p. c. est suffisante. L.

DU TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE.

Les méthodes de traitement de l'endométrite sont très nombreuses; le *Therap. Monats.* les passe sommairement en revue, en résumant les principaux travaux parus sur ce sujet dans ces derniers temps.

I. Il y a d'abord les *crayons médicamenteux*. Ribaux a employé les crayons au *chlorure de zinc* (10 grammes de chlorure, 20 de farine, 1 gram. d'eau); la muqueuse utérine détruite en totalité après cette application se régénérerait au bout de 6 mois et retrouverait ses fonctions complètement; Routier et Sänger insistent par contre sur les inconvénients du procédé, en particulier sur l'atrésie ou l'oblitération du col consécutive; pour cette raison, ils ne la considèrent comme acceptable qu'après la ménopause.

Arnaud a été très satisfait des crayons au *sulfate de cuivre* (parties égales de sulfate de cuivre et de farine, avec addition d'un peu de glycérine); une seule application est susceptible de procurer la guérison. Heinz et Liebrecht ont préconisé le nouveau produit antiseptique et astringent, actuellement à la mode, l'*alumnol*, en crayons renfermant de 2 à 5 p. c. de la substance; Althen le *bleu de méthylène* (crayons à 10 p. c. préparés avec le beurre de cacao).

II. Une seconde méthode consiste dans l'introduction dans l'utérus au moyen de la *sonde porte-ouate*, de diverses substances, spécialement du *chlorure de zinc* (parties égales de chlorure et d'eau) : une à deux applications par semaine; Düvelius en a obtenu des résultats très avantageux; on observe cependant parfois, soit immédiatement après l'application, soit les jours suivants, des hémorragies d'une certaine importance; on n'est pas non plus complètement à l'abri des rétractions cicatricielles du col avec ses inconvénients; l'auteur a pour cette raison abandonné le chlorure de zinc pour le remplacer par la *teinture d'iode* ou le *perchlorure de fer*.

III. Une troisième méthode consiste dans *le tamponnement de l'utérus à l'aide de gaze antiseptique*.

Le dr Abel, de Berlin, a consacré, spécialement à l'adresse des praticiens, une notice sur le traitement du catarrhe utérin par ce procédé dans les *Schmidt-Jahrbücher*.

L'auteur insiste sur la nécessité d'établir un diagnostic précis avant de commencer le traitement; il est absurde de se contenter de reconnaître banalement l'existence d'un écoulement, sans chercher à préciser le siège de la maladie.

En ce qui concerne l'endométrite, qui présente comme un de ses principaux symptômes et quelquefois comme symptôme unique l'exagération des sécrétions catarrhales ou l'apparition d'un écoule-

ment purulent, il s'élève contre l'abus du curettage et des médications violentes, telles que les cautérisations; tous ces moyens violents réussissent parfois sans doute à guérir la maladie, d'autres fois ils échouent et ils ne sont pas exempts de certains inconvénients.

Il trouve qu'on ne possède pas encore une méthode sûre de traitement de l'endométrite, mais il s'appuie sur une série de 50 observations pour recommander *le tamponnement et le drainage de la cavité utérine à l'aide de la gaze iodoformée.*

Ce moyen n'est pas nouveau ; il a été préconisé par Fritsch et par Vulliet, principalement dans le but de dilater la cavité cervicale et de rendre ainsi la muqueuse utérine accessible au traitement direct ; l'auteur considère le tamponnement à la gaze comme suffisant à lui seul et veut qu'on s'abstienne de toute irrigation et de toute autre médication locale.

La technique est très simple et n'a pas besoin d'être développée.

Le dr Abel poursuit le traitement sans exiger le repos au lit, sauf des malades qui ont une affection des annexes; il leur recommande seulement de s'abstenir des exercices violents.

La gaze, découpée en languettes d'une largeur variable suivant les cas, est introduite tous les jours ; après l'avoir retirée le lendemain, on fait une simple irrigation *vaginale* avec de l'eau bouillie ou une légère solution de sublimé.

Dans les cas invétérés, la médication doit être poursuivie journellement pendant 18 à 20 jours; le plus souvent, il suffit de 8 jours pour réduire par ce moyen les sécrétions pathologiques à un minimum ou les supprimer.

La médication n'a aucun inconvénient; quelques malades ont ressenti au début des douleurs utérines.

IV. En quatrième lieu, il faut signaler *les injections intrautérines à l'aide de la seringue de Braun ;* c'est la *teinture d'iode* et le *perchlorure de fer* qui sont surtout employés; le traitement ne nécessite pas le séjour au lit ; Mackenrodt répète les injections tous les 2 jours et fait ainsi de 15 à 30 injections; mais pour Gördes et Pletzer, le moyen n'est pas sans inconvénients sérieux; il survient parfois des douleurs très vives, des symptômes généraux graves que l'on a rapportés à la pénétration du liquide par la cavité péritonéale ; le perchlorure de fer est spécialement dangereux sous ce rapport : on l'a vu provoquer la mort à la suite de thrombose.

V. Parmi les *applications résolutives,* il faut surtout signaler l'*ichtyol* (tampons à la glycérine 5 à 10 p. c., pommades à la lanoline, parties égales; conjointement l'ichtyol à l'intérieur en pilules de 10 à 25 centigrammes). L'ichtyol est particulièrement indiqué, lorsqu'il

existe en même temps que l'endométrite, de la péri ou de la paramétrite; son efficacité contre l'élément douleur n'est pas contestée, mais ses propriétés résolutives sont discutées; le remède est au moins inoffensif; le *massage* a été considéré aussi comme un des meilleurs moyens résolutifs dans le cas d'exsudats périutérins.

VI. Dans les cas rebelles, spécialement dans les endométrites fongueuses et hémorragiques, il n'y a pas de meilleur moyen que le *curettage*.

VII. Enfin dans les cas qui ont résisté à tous les autres moyens, on va jusqu'à pratiquer l'*ablation de l'utérus* par la voie vaginale.

L.

—

NATURE DES HÉMORRAGIES UTÉRINES CHEZ LES FEMMES AGÉES.

Toute hémorragie utérine survenant après la ménopause est à bon droit tenue comme suspecte, ainsi que nous avons eu occasion de le dire récemment, car elle constitue souvent l'indice d'un néoplasme. Néanmoins, ces hémorragies peuvent être dues à diverses causes que le Dr Monod vient d'exposer devant la Société de gynécologie de Bordeaux.

Les causes peuvent être locales ou générales.

Parmi les *causes locales*, il faut citer : 1° la *métrite*, qui n'est pas rare dans la vieillesse, bien qu'il semble au premier abord que l'atrophie sénile de l'utérus soit peu compatible avec la persistance d'un processus inflammatoire; la ménopause, en effet, amène souvent la guérison de la métrite fongueuse et l'améliore presque toujours. Les auteurs rapportent cependant plusieurs cas de prolongation de cette affection jusqu'à un âge avancé (Sinéty, Trousseau, Bourlet). Barié cite même, d'après Tilt, un cas d'endométrite aiguë avec hémorrhagie chez une femme de soixante-quatre ans; 2° une *tumeur fibreuse* interstitielle, assez petite pour échapper à l'exploration et assez rapprochée de la muqueuse pour y entretenir un état congestif permanent; 3° l'existence de *polypes muqueux* cachés dans l'intérieur de la cavité utérine; 4° l'*épithélioma de la muqueuse utérine*, la plus importante et peut-être la plus fréquente parmi les lésions non apparentes d'hémorrhagies chez les femmes âgées; 5° parmi les causes locales *apparentes*, vient en tout premier lieu l'*épithélioma du col de l'utérus*, sur lequel il est inutile d'insister.

Il existe des cas où aucune cause locale ne peut être invoquée : il faut alors admettre l'hypothèse de métrorrhagies essentielles, ou plus exactement de métrorrhagies liées à une cause générale.

Parmi les *causes générales*, il faut citer : 1° les *traumatismes*,

chirurgicaux ou accidentels qui ont produit quelquefois des épistaxis utérines; 2° *certaines maladies générales*; elles peuvent naturellement susciter une hémorragie pour l'utérus comme pour tout autre organe; d'après Martin, les métrorrhagies surviennent quelquefois chez les phtisiques, assez souvent dans les maladies du cœur, du foie et des reins; 3° la *polysarcie* qui est aussi une importante cause prédisposante à la métrorrhagie.

En somme, si le diagnostic de métrorrhagie essentielle ne doit être posé qu'avec une extrême réserve chez les femmes âgées, il n'en est pas moins vrai qu'il est des cas où chez elles on peut rencontrer des métrorrhagies en dehors de toute lésion locale. L.

—

ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS PAR L'ESTOMAC.

Le dr Dujardin-Beaumetz, après avoir étudié successivement les méthodes sus-dermique, dermique et hypodermique d'administration des médicaments dans une série d'articles que nous avons analysés, s'occupe de l'introduction des médicaments par la muqueuse gastro-intestinale, et d'abord par l'estomac.

Quant aux procédés mis en usage, nous introduisons par l'estomac des médicaments liquides et des médicaments solides, et l'auteur donne d'abord quelques indications générales importantes à retenir sur les différents modes d'administration des substances liquides.

L'usage veut, dit-il, que nous administrions les substances liquides par *cuillerées;* la méthode est peu précise à cause de l'inégalité de contenance des cuillers que l'on trouve dans l'industrie; on distingue les cuillerées à soupe, à dessert et à café; le mot cuillerée à bouche est employé à tort pour signifier cuillerée à soupe, car toutes les cuillers sont des cuillers à bouche.

On doit retenir que *la contenance des cuillerées varie suivant le liquide employé et selon la densité*, comme on le voit dans le tableau suivant :

		Cuilllerée		
		A bouche.	A dessert.	A café.
Eau	D = 1,000	16,00	12,00	4,0
Alcool à 60 degrés	D = 0,914	12 ,00	9 ,00	3,0
Julep gommeux	D = 1,125	18 ,00	13 ,50	4,5
Sirop	D = 1,321	21 ,00	16 ,00	5,0
Huile d'amandes	D = 0,917	12 ,00	9 ,00	3,8

On se souviendra surtout que la cuillerée à soupe oscille entre 21 grammes et 12 grammes, et qu'en moyenne, elle est de 16 grammes

lorsqu'il s'agit d'eau; la cuillerée à dessert entre 16 et 9 grammes, en moyenne 12 grammes pour l'eau, et la cuillerée à café entre 5 et 3 grammes, 4 grammes pour l'eau.

Malheureusement, ce qui complique encore la chose, c'est que les cuillers, comme nous disions plus haut, sont de calibre très variable.

D'après ce tableau, on pourra apprécier à peu près exactement le nombre de cuillerées que renfermera une fiole de potion d'une contenance moyenne de 125 grammes, suivant qu'il s'agit d'une solution aqueuse (7 cuillerées 1/2 à soupe), d'un julep gommeux ou potion sucrée (7), d'un sirop (6), d'une teinture (10 1/2), etc.

En ce qui concerne l'administration par *gouttes*, la même indécision règne; car il y a des différences considérables dans le volume des gouttes suivant l'instrument qui donne les gouttes; actuellement cependant, on est en possession d'instruments qui donnent des gouttes mathématiquement dosées; tel le compte-gouttes de Lebaigue, avantageusement modifié par Limousin.

Les flacons compte-gouttes, si commodes, ne présentent pas la sûreté et la rigueur des compte-gouttes à tube capillaire.

Il ne faut pas oublier surtout que *le poids d'une goutte varie suivant le liquide dont on fait usage;* les différences sont même colossales, comme on le voit dans le tableau suivant :

Nombre de gouttes par centimètre cube des liquides suivants :

Eau	20 gouttes.
Alcool à 90 degrés	61 —
Alcool à 60 degrés	62 —
Alcoolature d'aconit	53 —
Gouttes Baumé	53 —
Gouttes noires anglaises	37 —
Laudanum de Rousseau	35 —
Laudanum de Sydenham	33 —
Teintures	53 —
Chloroforme	56 —
Ether	90 —
Huile de croton	48 —

On se souviendra que le laudanum de Sydenham donne 33 gouttes par centimètre cube et que les teintures et les alcoolatures en donnent 53; le d^r Dujardin-Beaumetz fait une mention spéciale de l'alcoolature de racine d'aconit dont on fait si grand usage : comme elle donne 53 gouttes par centimètre cube, quand on ordonne 10 gouttes, on est très loin de donner un demi-centimètre cube; on n'en donne que le cinquième.

Les *capsules* et les *perles* rendent très commode l'administration de certaines substances liquides par la bouche; à mentionner les capsules connues sous le nom de *capsules russes*, qui sont des ovoïdes pouvant renfermer une grande quantité de liquide, au-delà d'un gramme, et qui servent surtout pour l'huile de ricin et l'huile de foie de morue. L.

—

TRAITEMENT DE LA CHORÉE PAR L'EXALGINE.

L'exalgine se place, parmi les médicaments dits nervins, à côté de l'antipyrine, de l'antifébrine et de la phénacétine, sans qu'on puisse préciser nettement les indications thérapeutiques spéciales à l'une ou à l'autre de ces substances ; dans la majorité des cas, on peut les employer à peu près indifféremment, tout en tenant compte de leur toxicité, de leurs propriétés physiques (solubilité, saveur), et même de leur prix de revient ; il n'est pas mauvais cependant de les employer toutes successivement dans un cas donné, pour peu qu'un effet utile se fasse attendre : on trouve en effet, pour une même affection, des cas qui guérissent mieux par l'antipyrine, d'autres par l'antifébrine ou la phénacétine.

Ceci soit dit à propos de l'exalgine en faveur de laquelle on a fait beaucoup de réclames dans ces derniers temps ; on a voulu entre autres la louer à l'égal d'un spécifique dans la chorée, en se basant principalement sur le travail du dr Löwenthal, qui a soumis à l'exalgine 35 malades atteints de chorée. Le médicament était administré par prises de 20 centigrammes, au nombre de trois dans les vingt-quatre heures ; exceptionnellement la dose quotidienne a été portée à 1 gramme. La durée du traitement a varié entre huit jours et quatre mois. Un grand nombre de malades se sont présentés dans les premiers temps de leur chorée, et c'est chez ceux-là que la médication a donné les meilleurs résultats. Ainsi deux jeunes garçons ont été guéris dans l'espace de huit jours. Chez d'autres malades il a suffi, pour obtenir ce même résultat, d'un traitement de quinze jours ; mais dans le plus grand nombre des cas, il a fallu continuer le traitement pendant cinq ou six semaines. L'efficacité de la médication s'est manifestée surtout dans les cas où la chorée s'accompagnait d'une grande excitation psychique, d'embarras de la parole.

En fait d'effets fâcheux ou désagréables de la médication, on a observé des nausées, des vomissements, de l'abattement, de la céphalalgie, du vertige, de l'ictère (dans 3 cas), de la cyanose des lèvres.

En définitive, si l'exalgine possède une efficacité manifeste contre la chorée, elle ne saurait être considérée comme un médicament spéci-

fique; rien ne prouve par exemple qu'elle soit plus efficace que l'antipyrine, un des meilleurs médicaments dont on puisse faire usage assurément dans la chorée, mais qui n'a lui-même qu'un effet palliatif.

L.

—

DE L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DU SULFONAL.

Le dr Kast, qui a introduit le sulfonal dans la thérapeutique, a analysé la plupart des travaux relatifs à l'action de ce médicament et il établit que tout le monde est d'accord sur les propriétés somnifères du sulfonal, qui doit être prescrit surtout pour combattre l'insomnie nerveuse et aussi les insomnies dues à un état fébrile ou à certains désordres psychiques. Tous les auteurs admettent qu'à la dose de 2 à 3 grammes pour un homme adulte, de 1 gramme pour une femme, le sulfonal est absolument dépourvu d'effets secondaires toxiques. A des doses plus élevées, ce médicament a donné lieu à des effets secondaires, consistant en vomissements, diarrhée suivie d'une constipation opiniâtre, ataxie et lourdeur des membres inférieurs, ptosis, pesanteur de tête, paralysie ascendante, oligurie et ischurie, rarement albuminurie.

D'après l'auteur, les accidents sont dus surtout à l'emploi de doses exagérées de sulfonal; et il pose les conclusions suivantes :

1° La dose maximum de sulfonal qu'on doit employer est de 2 à 3 grammes pour les hommes, de 1 gramme pour les femmes; ces doses ne doivent être dépassées que lorsqu'il s'agit de combattre des phénomènes d'excitation très intenses, chez les aliénés internés par exemple.

2° Lorsqu'on doit continuer pendant un certain temps l'emploi du sulfonal, il est nécessaire de faire de temps en temps des pauses de plusieurs jours.

3° La médication doit être interrompue aussitôt que les malades présentent des accidents, tels que nausées, vomissements, douleurs gastralgiques, etc...

4° Administré avec les précautions indiquées ci-dessus, le sulfonal est un médicament inoffensif. L.

—

DE LA TEMPÉRATURE DES BOISSONS DANS L'HÉMOPTYSIE.

D'après le dr Eklund, rien ne serait plus pernicieux dans les cas d'hémoptysie chez les phtisiques que cette pratique, très répandue dans certains pays et adoptée par beaucoup de médecins, qui consiste à faire ingérer aux malades des boissons froides ou des morceaux de glace. Si dans certains cas ainsi traités on voit l'hémoptysie s'arrêter,

cela arrive non pas par suite, mais en dépit du traitement. Il est évident que les boissons froides ne peuvent qu'augmenter l'hémorragie pulmonaire. En effet, en irritant les branches stomacales du pneumo-gastrique, elles provoquent des accès de toux; d'autre part, par suite de la contraction qu'elles produisent sur les vaisseaux de l'estomac, elles ne font qu'augmenter l'afflux du sang vers les poumons.

Les malades intelligents sujets aux hémoptysies évitent généralement d'eux-mêmes les boissons froides, sachant par expérience qu'elles provoquent la toux.

Aussi, l'auteur, dans les cas d'hémoptysie, interdit la glace et les liquides froids et prescrit des boissons tièdes et mucilagineuses; en ce qui concerne le traitement médicamenteux, il recommande les pilules ci-dessous formulées :

Sulfate de quinine	4 grammes.
Ergotine	2 grammes.

Mêlez. Pour quarante pilules. — A prendre : une ou deux pilules trois ou quatre fois par jour. L.

ESSENCE DE CANNELLE DANS LES PANSEMENTS.

Le *Journal de méd. et de chir. pratiques* (nº 10, juin 1893, p. 4), donne la formule d'un nouveau topique des plaies, qui serait supérieur à l'iodoforme et aurait l'avantage de ne pas sentir mauvais.

Les anciens employaient déjà les essences dans l'embaumement, et, dans son étude sur les essences, M. Chamberland place au point de vue de la puissance microbicide, l'essence de cannelle tout près du sublimé. Les essences de géranium, de thym, d'origan, de verveine sont moins actives, mais aussi moins irritantes.

Il faut se garder d'employer l'essence de cannelle du commerce altérée par la lumière et le contact de l'air; il convient au préalable de la faire distiller de nouveau. M. André, pharmacien, a trouvé que cette essence ainsi purifiée, et qu'il appelle *cinnamol*, se dissolvait parfaitement dans le rétinol, une substance tirée de la colophane.

Persuadé que « les antiseptiques associés sont bien plus efficaces que la somme de leurs actions isolées, » M. Championnière a associé le naphtol à la cannelle et voici la formule par lui adoptée :

Rétinol	75	grammes.
Cire stérilisée	25	—
Essence de cannelle	1	—
Naphtol B.	1	—

Il enduit un carré de lint boriqué avec cette pommade et l'applique directement sur la plaie.

Il a soumis à ce pansement ses opérées de laparatomie, ses amputées du sein, etc.. et a « toujours vu les plaies rester bien aseptiques. » Le trajet du drain n'a pas subi d'infection secondaire. La peau ne » présente aucun phénomène d'irritation. Certainement même l'as» pect de la ligne de réunion est meilleur que celui des lignes de réu» nion sous la gaze iodoformée. »

Dans un cas d'anthrax et de gangrène sénile, les phénomènes de putridité furent enrayés et la période d'élimination s'est faite sans odeur et avec un minimum de suppuration qui l'a frappé.

L'essence de cannelle donnée à l'intérieur passe dans l'urine et permet d'y introduire un antiseptique très puissant. Les premières expériences tentées dans cette voie ont donné déjà des résultats très encourageants. E. H.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 29 *avril* 1893.

L'Académie est informée de la mort de M. Marrotte, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, Membre honoraire de la Compagnie, et de M. Reynal, ancien directeur de l'Ecole d'Alfort, qui appartenait à l'Académie en qualité de Correspondant étranger depuis le 24 juin 1876.

— MM. les Drs Paul Delvoie, à Tongres, et Léon Gallez, à Châtelet, font connaître qu'ils sont les auteurs des travaux auxquels une médaille d'encouragement a été accordée au concours sur la trépanation crânienne. — L'ouverture, faite par le Bureau, des plis cachetés qui étaient joints aux mémoires, a confirmé les déclarations de MM. Delvoie et Gallez.

— M. le Président propose d'adresser des félicitations à M. Soupart, doyen d'âge de l'Académie, à l'occasion de sa nomination de commandeur de l'Ordre de la Légion d'honneur. *(Applaudissements.)*

1. Rapport de la Commission à laquelle a été renvoyé l'examen du mémoire de M. le Dr Glibert, à Uccle, intitulé : *Considérations hygiéniques à propos de l'érection d'hôpitaux et d'hospices de la campagne*. M. Vleminckx, rapporteur dit que l'auteur expose dans l'avant propos de son travail quelques règles sur les conditions à faire observer par les administrations communales pour la construction des hôpitaux et des hospices. Or, aux termes du décret du 10 brumaire, an XIV, toute administration qui projette de construire un établissement hospitalier ou d'y apporter des modifications, doit obtenir l'autorisation du Gouvernement, et celui-ci pour se renseigner

peut actuellement s'adresser soit aux Commissions médicales, soit au Conseil supérieur d'hygiène publique.

Des considérations hygiéniques sur ce sujet n'en seraient pas moins utiles; mais quelques-unes données par l'auteur sont un peu hasardées, et son travail manque d'originalité.

M. Vleminckx discute différents points du travail de M. Glibert, et termine comme suit : « C'est ainsi encore que, comme application des préceptes qu'il recommande, il [l'auteur] soumet à l'Académie les plans d'un établissement de bienfaisance qui n'est nullement un hôpital et un hospice de campagne, dont le devis est de 537,192 fr, et qui comprend un hospice et un orphelinat en même temps qu'un hôpital à pavillons circulaires.

» Votre Commission n'a pas à donner un avis au sujet de cette construction, mais elle croit utile de rappeler l'une des prescriptions inscrites dans l'instruction du Conseil supérieur d'hygiène publique de 1884 : « Il faut éviter autant que possible de réunir les hospices et les hôpitaux », et *à fortiori* d'y adjoindre un orphelinat.

» La Commission propose, d'adresser des remerciements à M. le Dr Glibert pour sa communication, et de déposer honorablement son travail aux archives de l'Académie. » — Adopté.

2. Rapport de la Commission qui a été chargée de l'examen du travail de M. P. Masoin, fils, étudiant en médecine, à Louvain, intitulé : *De la langue noire*. — M. Boddaert, Rapporteur.

M. Masoin, fils, a observé cet état pathologique sur un malade tuberculeux, âgé de 37 ans.

Il s'agit d'une hypertrophie épithéliale piliforme avec pigmentation des parties élémentaires; la matière colorante résiste à des agents chimiques énergiques. Les microcoques, dont la masse entoure les tiges épithéliales comme d'une espèce de manchon, n'ont aucune importance pathogénique. Les essais de culture ou d'inoculation n'ont donné que des résultats négatifs; le traitement par les parasiticides les plus puissants ne produit aucun effet.

Le développement de cette affection semble indépendant de l'âge et de l'état général du sujet, ainsi que de la réaction du liquide buccal. Quant au produit pathologique, il rentre dans la classe des néoplasmes bénins et se rapproche des papillomes.

Tels sont les conclusions que M. Masoin peut déduire de l'étude du cas qu'il a recueilli. Son travail est fait avec soin, et se complète par des recherches personnelles, généralement bien conduites et bien interprétées. La Commission propose de le publier dans le *Bulletin* et d'adresser des remerciements à l'auteur, en l'engageant à continuer ses relations avec l'Académie. — Adopté.

3. Rapport de la Commission à laquelle a été renvoyé le mémoire de M. le Dr F. Froidbise, médecin de bataillon, à Anvers, intitulé : *Propagation par l'air à grande distance d'une épidémie de fièvre typhoïde*. — M. Kuborn, Rapporteur.

Il s'agit d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a éclaté brusquement à l'établissement militaire de Saint-Bernard, à deux lieues sud d'An-

vers, ancienne prison, servant actuellement de dépôt d'habillements à quatre régiments d'infanterie et renfermant une population de 300 hommes. L'épidémie débutant le 22 août 1892 a cessé le 20 octobre après avoir atteint 52 hommes et fait 6 victimes.

M. le Dr Froidbise s'est livré à de minutieuses recherches pour découvrir la source de cette épidémie.

Il ne peut incriminer ni l'autotyphisation avec une contagion subséquente, ni une alimentation défectueuse, ni la malpropreté, ni les latrines, ni les égoûts, ni les étangs de ce vaste enclos de Saint-Bernard qui occupe une superficie de 16 hectares. Les vêtements consignés dans le dépôt ne peuvent l'être davantage, on n'a pas trouvé de bacille spécifique, ni même le *bacterium-coli commune* dans les eaux d'alimentation. Les militaires n'avaient pas fréquenté la partie de la commune d'Hemixem — à laquelle appartient le Saint-Bernard — et où trois cas de fièvre typhoïde auraient existé au mois d'août. Et, tandis que, d'autre part, la maladie est endémique dans les communes limitrophes de Hoboken, Niel, Boom, Schelle, elle ne s'est jamais montrée qu'exceptionnellement et tout sporadiquement à Saint-Bernard. Mais à 1800 mètres de l'établissement, il existe un vaste dépôt de limon, d'accumulation de matières retirées du Rupel, par dragages, et répandues sur une surface de 7 à 8 hectares. Or, le Rupel reçoit les immondices de Bruxelles, de Malines, de communes sises sur ses bords et où la fièvre typhoïde est endémique.

M. Froidbise présente deux tracés; l'un indiquant le début, la marche et la terminaison de l'épidémie, l'autre, la direction des vents. Considérant l'absence de toute autre cause, l'existence du dépôt sur les rives du Rupel, et la coïncidence des vents favorables de OSO. et SO. avec le développement de l'épidémie, l'auteur conclut que celle-ci est due à la propagation de l'air infecté des bords du Rupel.

La commission, composée de MM. Victor Desguin et Hyac. Kuborn, chargée par l'Académie d'examiner ce mémoire, se basant sur la clinique, l'observation et les données reçues de l'épidémiologie, formule les réserves les plus expresses sur les conclusions de l'auteur.

Elle propose :

1° De voter des remerciements à l'auteur pour sa communication ;

2° D'insérer, — en vue, s'il y a lieu, d'une discussion à ouvrir sur cette communication, — dans le *Bulletin* ordinaire des séances, à la suite du rapport des commissaires, le mémoire de M. le Dr Froidbise;

3° De porter à l'ordre du jour une discussion sur l'étiologie de la fièvre typhoïde.

— Les deux premières conclusions sont adoptées.

De l'emploi thérapeutique de la digitoxine; par M. Masius, Membre titulaire.

L'auteur communique à l'Académie les résultats qu'il a obtenus dans son service avec la digitoxine.

Dans les affections cardiaques non compensées ou insuffisamment compensées, la digitoxine à la dose de 1 1/2 milligramme administrée par prise d'un demi milligramme dans la journée, à des intervalles de

trois à quatre heures, donne rapidement les effets thérapeutiques de la digitale. Déjà après douze à vingt-quatre heures les symptômes de l'asystolie cardiaque diminuent, puis disparaissent : le pouls devient plus fort, moins fréquent, la dyspnée et la cyanose s'amoindrissent, la diurèse augmente et l'œdème disparaît. La dose indiquée ci-dessus peut-être continuée pendant deux à trois jours, souvent avec grand avantage, sans qu'il survienne de symptômes d'intoxication, ni de phénomènes d'irritation des voies gastro-intestinales.

M. Masius continue ainsi :

« Dans la maladie de Basedow, la tachycardie est fortement influencée; après la prise de 2 à trois milligrammes le pouls devient à peu près normal. Dans la pneumonie et la fièvre typhoïde, la température est rapidement abaissée et le pouls gagne en force et perd en fréquence.

» En résumé, je crois pouvoir conclure de mes observations, bien qu'elles ne soient pas encore nombreuses, que la digitoxine, à la dose de 1 1/2 milligramme par jour, n'a pas en général d'action irritante sur les voies gastro-intestinales; qu'elle n'occasionne pas, à cette dose continée deux ou trois jours, d'effets toxiques; qu'elle produit rapidement tous les effets thérapeutiques de la digitale; qu'elle me paraît appelée à un grand avenir thérapeutique. »

L'auteur fait suivre sa communication de quelques observations recueillies à sa clinique.

— Le travail de M. Masius sera inséré au *Bulletin*.

Suite de la discussion de la communication de M. Masius, intitulée : *Note sur l'action thérapeutique de la digitale*, et de la communication de M. Heger, portant pour titre : *Action de la digitaline sur la circulation pulmonaire*.

M. Heger rappelle qu'il n'est intervenu dans la discussion soulevée par la communication de M. le professeur Masius que pour attirer l'attention de l'Académie sur des expériences récentes de M. le Dr Bayet, relativement à l'action de la digitaline sur la circulation pulmonaire.

Il défend cette opinion, que la digitaline agit inégalement sur le cœur gauche et sur le cœur droit, et s'attache à montrer que l'on peut, en tenant compte de cette action cardiaque inégale, attribuer à la digitaline une action déplétive sur la petite circulation.

Rencontrant diverses objections formulées au cours de la discussion, il cite les expériences d'Openchowsky prouvant la disparité de l'action de la digitaline sur les deux ventricules et montrant qu'elle renforce la systole du cœur gauche.

L'administration de doses toxiques de digitaline détermine l'augmentation de la pression dans le système aortique et dans le système aortique seulement.

C'est en facilitant la déplétion du ventricule gauche, en chargeant le système aortique, qu'elle peut contribuer au débarras de la circulation pulmonaire.

Enfin, M. Heger maintient la qualification de tonique attribuée à la digitale, et il la justifie par le fait qu'elle augmente le tonus des appareils cardio-vasculaires.

M. Van Aubel, avant d'aborder la discussion sur la digitale, prouve par des citations d'auteurs classiques, y compris le travail de Schmiedeberg, que jusqu'à ce jour personne n'a proposé la digitoxine comme médicament, et cela pour les motifs qu'il a rappelés à la dernière séance. Il s'est assuré par des expériences multiples sur des chiens que 1 milligramme de digitoxine en injection sous-cutanée ne provoque ni irritation, ni inflammation C'est ce qui le porte à croire que, dans des cas graves et lorsqu'il est urgent d'intervenir, on pourrait se servir chez l'homme d'injections sous-cutanées d'après la formule suivante : Digitoxine, 20 milligrammes ; chloroforme, 2 grammes ; alcool à 94° centigrades, 26,5 grammes, et eau distillée, 48 grammes, pour 80 injections sous cutanées. On injecterait trois seringues de 1 gramme par jour, à trois heures de distance, soit trois quarts de milligramme pour toute la journée.

En ce qui regarde la digitaline cristalline de Nativelle, M. Van Aubel est convaincu que dans un échantillon, provenant d'une maison de Paris, se trouvent à la fois de la digitonine et de la digitoxine, mais en quantité plus forte que ne le pense Schmiedeberg pour la digitonine, et Kiliani pour la digitoxine.

Dans ces conditions, on ne peut hésiter un seul instant à accorder la préférence à la digitoxine sur tous les produits similaires. La digitoxine, en effet, est un produit pur, cristallisé, assez facile à préparer, et de beaucoup le plus actif des principes de la digitale. Son prix est tellement minime qu'un malade consomme à peine pour trois centimes par jour. Enfin, depuis que M. Van Aubel a fait disparaître les inconvénients qui avaient éloigné la digitoxine de la pratique, des essais faits sur des malades ont parlé hautement en sa faveur. Avec la digitoxine on sait exactement ce que l'on prescrit. Il est loin d'en être ainsi pour la plante mère dont l'activité est très variable. Bien probablement, la digitoxine pourra être employée en injection sous-cutanée. On ne tardera plus alors à recourir à ce mode d'administration dans tous les cas pressants, ceux de collapsus, par exemple, où aujourd'hui on s'adresse si souvent au benzoate de soude et de caféine, ou à d'autres excitants.

— La discussion est close.

2. Suite de la discussion relative à la limitation, en Belgique, du nombre de pharmacies.

M. Boëns n'est pas partisan de la limitation du nombre des pharmacies. Elle ne relèverait pas le niveau scientifique de la pharmacie, et ne ferait pas cesser les conflits entre les pharmaciens et les médecins.

M. Casse croit que le seul moyen de permettre au pharmacien de vivre, en même temps que de relever la profession, est de limiter le nombre des officines. Il estime que l'obligation pour les pharmaciens d'avoir des laboratoires dans lesquels ils feraient, non seulement des recherches biologiques, mais encore des analyses des denrées alimentaires et des travaux chimiques sur tout ce qui a trait à l'hygiène, ne pourrait qu'ajouter à la dignité de la profession pharmaceutique, et serait d'une utilité très grande au point de vue du diagnostic dans une foule de circonstances.

Il termine en disant que c'est insensiblement que cette modification doit se faire, tout en réservant les droits acquis.

M. Kuborn pense que chacun a sa conviction faite, et dit que l'Académie n'a pas à s'inquiéter de la liberté professionnelle. La protection est parfois une nécessité, en présence des abus, des fraudes et des excès résultant de la concurrence et de la cupidité.

Décisions prises par le Bureau concernant : *a*. La médaille d'encouragement à décerner à chacun des mémoires récompensés au concours sur la trépanation; *b*. La question d'impression des travaux n[os] 1 et 2 de ce concours.

Une médaille de 375 francs sera accordée à chacun des auteurs, MM. Delvoie, Paul et Gallez, Léon, et une somme de mille francs est votée pour l'impression des deux mémoires récompensés; une autre somme du même import pourra ultérieurement être accordée si la situation financière de l'exercice courant de l'Académie le permet, le surplus des frais d'impression étant laissé à la charge des auteurs.

VARIÉTÉS.

Traitement de la rage à l'Institut Pasteur. — En 1892, 1790 personnes ont été traitées à l'institut Pasteur et n'ont donné que 4 morts, soit une mortalité de 0,22 p. c. Rappelons que cette mortalité était, en 1891, de 0,25 p. c., et que, en 1886, c'est-à-dire à l'époque de la fondation de l'institut, elle atteignait la proportion de 0,94 p. c.

Un emploi ingénieux du bleu de méthylène. Le bleu de méthylène, introduit depuis quelque temps en thérapeutique, a la propriété de passer dans les urines avec sa coloration qui, mariée à la couleur jaune de l'urine, fait paraître cette dernière teintée en vert. M. Constantin Paul a proposé à la Société de thérapeutique d'utiliser cette propriété du bleu de méthylène dans les cas où le médecin veut *s'assurer que les malades prennent les médicaments qui leur sont prescrits*; il suffit d'administrer 2 à 5 centigrammes du remède, et avec 2 centigrammes déjà, la coloration verte de l'urine est déjà très nette.

Cet usage est sans inconvénient, puisque le bleu de méthylène est un corps assez inoffensif pour pouvoir être administré à la dose de 50 centigrammes impunément.

La coloration verte de l'urine peut être utilisée encore pour agir sur l'esprit des hypocondriaques, des névropathes, et dans tous les cas où il faut donner satisfaction aux préjugés des malades qui se croient mal soignés quand on ne leur donne pas une médication quelconque. L.

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE.

(Suite).

II. *Traitement de la forme aiguë.*

Dans un article précédent, j'ai fait connaître les ressources du traitement abortif de la blennorrhagie.

D'une part, la méthode ancienne : injection unique d'une solution de nitrate d'argent à 4 ou 5 p. c.; moyen commode, quoique douloureux, malheureusement très aléatoire et applicable seulement tout au début du mal, dans les douze premières heures, alors que la sécrétion est plutôt muqueuse que purulente, que les bords du méat ne sont pas encore tuméfiés.

D'autre part, la méthode nouvelle : irrigations toutes les 12 ou 16 heures pendant 8 à 9 jours avec une solution de permanganate de potasse progressivement de plus en plus forte (de 1 p. 4000 à 1 p. 500); traitement pénible pour le malade, assujettissant pour le médecin et d'une exécution assez délicate, mais par contre applicable à une période assez éloignée du début du mal et le plus souvent efficace.

Il est même plus efficace que je ne l'ai indiqué précédemment, puisque le dr Janet annonce la publication prochaine d'un article, où il résumera les observations de ses douze derniers cas de traitement abortif, sur lesquels il a obtenu onze succès très rapides.

Entre ces deux méthodes, on choisira surtout d'après l'ancienneté de l'affection et les dispositions du malade.

Lorsque le traitement abortif a échoué, ou que — comme il arrive le plus souvent — le malade n'a pas voulu ou que le médecin n'a pas pu y recourir, quelle est la conduite à tenir, quel est le traitement de la blennorrhagie confirmée?

Ou bien abandonner l'affection à son évolution naturelle, en se bornant à un traitement purement hygiénique, ou bien avoir recours à certaines substances qui, administrées à l'intérieur, ont la propriété de modifier favorablement la blennorrhagie, ou bien encore agir directement sur la muqueuse à l'aide de topiques appropriés.

Voilà bien, je crois, les trois différents modes de traitement de la blennorrhagie.

Chacun d'eux a ses partisans convaincus et exclusifs; d'autres donnent encore leurs préférences au traitement dit méthodique, véritable traitement éclectique, où la thérapeutique se modifie suivant les périodes de la maladie.

Je vais soumettre à une étude comparative, basée sur les opinions les plus autorisées et en partie sur mon expérience, ces diverses médications.

A. *Traitement hygiénique.*

Comme la plupart des maladies infectieuses, la blennorrhagie a une marche cyclique; on peut lui reconnaître une période d'augment ou de progrès, pendant laquelle elle s'avance de proche en proche du méat à une profondeur variable dans l'urèthre et qui est caractérisée par la douleur et les autres symptômes inflammatoires, et une période de déclin, pendant laquelle s'atténuent tous les symptômes inflammatoires et qui est caractérisée surtout par les modifications de l'écoulement.

Malheureusement, la période de déclin n'est pas toujours un acheminement vers la guérison; la blennorrhagie n'est pas à assimiler sous ce rapport à un catarrhe vulgaire, au coryza par exemple, ou à une inflammation phlegmoneuse provoquée par le staphylocoque; le coryza passe, le phlegmon se résout en un abcès, tandis que la blennorrhagie a une tendance à passer à l'état chronique.

Il est impossible d'indiquer, même approximativement, quelle est la proportion des *guérisons spontanées*; Diday se contente de dire que, s'il s'agit d'une première blennorrhagie, chez un sujet bien constitué, exempt de diathèses, apte et résigné à suivre une bonne hygiène, il arrive *quelquefois* que le mal s'éteint complètement de lui-même.

Après tout, le traitement ancien ou méthodique, basé sur l'hygiène et la médication antiphlogistique, ne diffère pas sensiblement de l'expectation pure et simple; la maladie est abandonnée à son évolution naturelle et ce n'est que tout à la fin seulement qu'on a recours aux balsamiques et à quelques injections anodines.

Examinons quels sont les résultats de ce traitement?

Ses partisans, qui sont encore nombreux, ne manquent pas de dire que, si actuellement la blennorrhagie se prolonge si souvent indéfiniment ou se perpétue, c'est par suite de l'abandon des prescriptions hygiéniques et diététiques sévères et par l'emploi des moyens de traitement violents et perturbateurs.

Cette opinion est-elle fondée? La blennorrhagie dure-t-elle plus longtemps, est-elle plus fertile en complications, passe-t-elle plus fréquemment à l'état chronique, depuis qu'on l'a soustraite au régime sévère imposé autrefois et depuis qu'on l'attaque vigoureusement par les balsamiques ou les injections?

Pour répondre à cette question, il faudrait posséder une statistique importante de blennorrhagies, traitées exclusivement les unes par le régime, les autres par les balsamiques, les autres encore par les injections, et établir pour chaque catégorie des cas la durée moyenne de la maladie, le nombre et la nature des complications, ainsi que la proportion des guérisons.

Or, on ne trouve dans aucun ouvrage de statistiques de cette nature, et nous devons chercher ailleurs les éléments d'appréciation.

D'abord, écartons cet argument qu'on fait souvent valoir en faveur de la méthode ancienne de traitement, c'est qu'on n'a jamais tant parlé de la blennorrhagie chronique et de ses conséquences que depuis quelques années ; cela est vrai, mais cela ne veut pas dire qu'elle était moins fréquente autrefois : elle était tout simplement moins connue.

Un fait par contre généralement accepté, c'est que la blennorrhagie, traitée énergiquement dès le début, évolue d'une manière plus bénigne, s'accompagne plus rarement de complications, que si on la soumet à l'hygiène et aux antiphlogistiques pendant une bonne partie de sa durée; d'après cela, il est rationnel de conclure qu'elle se termine plus rapidement et plus souvent par la guérison.

Il y a cependant une objection qu'on pourrait ici formuler : depuis l'invention de la doctrine phagocytaire, on a une tendance à envisager la suppuration comme une tentative plus ou moins heureuse de résistance de la part de l'organisme vis-à-vis des microbes pathogènes; par les humeurs exsudées qui possèdent des propriétés bactéricides, par les leucocytes émigrés des vaisseaux qui sont chargés d'emporter les microbes, l'inflammation et la suppuration ont pour effet plus ou

moins bien établi d'arrêter les microbes dans leur marche envahissante et de limiter l'infection.

Il n'est donc pas absurde de prétendre dans l'espèce que la réaction inflammatoire, développée dans l'urèthre sous l'influence du gonocoque, soit jusqu'à un certain point avantageuse, et qu'il soit utile de « *laisser couler la chaudepisse* » pendant quelque temps.

D'un autre côté, il est notoire que les injections sont généralement mal supportées pendant les premiers temps de la blennorrhagie et qu'elles exagèrent fréquemment les phénomènes inflammatoires; il est non moins certain que les topiques appliqués sur la muqueuse uréthrale sont d'autant moins efficaces qu'ils sont appliqués à une époque plus rapprochée du début; c'est une observation que le dr Janet a faite entre autres pour l'action pourtant si énergique du permanganate de potasse.

Laissant de côté le traitement abortif qui a ses indications spéciales, il y a donc lieu de se demander s'il n'y aurait pas avantage à laisser passer la période la plus aiguë de la blennorrhagie avant de recourir aux injections, non-seulement pour les rendre moins pénibles, mais aussi pour les rendre plus efficaces

Si on adopte cette manière de faire, qui peut être discutée, on aura soin de ne pas prolonger l'*expectation* au-delà des huit ou dix premiers jours de la maladie.

Ce n'est pas ainsi que le *traitement méthodique* est compris par ses partisans : Diday veut qu'on attende avant de recourir aux balsamiques ou aux injections que la blennorrhagie soit mûre : or, elle est mûre pour lui lorsqu'il n'existe plus ou presque plus de douleur lors de la miction et de l'érection; quand le méat n'est plus rouge ni tuméfié; quand l'écoulement a beaucoup diminué et que, après avoir été jaune et vert, il est devenu blanc et un peu filant; il est obligé de cette façon d'attendre six semaines au moins, avant de commencer le traitement actif de la blennorrhagie!

Le traitement méthodique ainsi compris n'est plus défendable.

Au surplus, on a exagéré l'importance des *prescriptions hygiéniques et diététiques* dans le traitement de la blennorrhagie.

Quelques précautions seulement sont indispensables et il ne faut pas exiger davantage.

— Il y a d'abord un point au sujet duquel tout le monde est d'accord : les *rapprochements sexuels* doivent être interdits non pas seulement dans l'intérêt du malade — aussi bien la défense est-elle sans objet au plus fort de l'affection ; — mais aussi dans l'intérêt d'autrui ; à cet égard, il est pénible d'avoir à constater avec quel sans gêne la plupart transgressent cette défense, une fois les phénomènes inflammatoires dissipés.

Ce n'est pas assez que le blennorrhagique vive dans la continence : il devra encore, pendant la période aiguë, éviter toutes les occasions capables d'exciter les désirs vénériens ; les érections provoquent de la douleur et déterminent une congestion passive de l'organe, préjudiciable à la guérison.

— Au même titre, les traumas de l'organe sont nuisibles ; c'est pour cela que les *exercices violents* seront proscrits, spécialement, pour une raison facile à comprendre, l'équitation et la vélocipédie ; Jullien a été jusqu'à dire que, quand les malades consentent à garder le lit, la bataille est aux trois quarts gagnée ; il est heureux qu'ils n'y consentent pas, car je ne sais trop ce qu'ils y gagneraient, et rien n'empêche de les laisser vaquer à leurs occupations journalières.

Quant au *suspensoir*, je ne le prescris jamais au début de la maladie comme moyen préventif contre l'épididymite ; ce ne sont ni les froissements ni les contusions du testicule qui occasionnent cette complication, mais la propagation de l'inflammation par l'orifice des canaux éjaculateurs le long des voies d'excrétion du sperme. En réalité, il est difficile de dire pourquoi l'épididymite survient dans un cas et manque dans un autre sans rapport avec la durée ou avec l'intensité de la maladie ; dernièrement, Hugounenq et Eraud ont prétendu avoir découvert un microbe pathogène spécial de l'orchite blennorrhagique, dont la présence dans l'urèthre ne serait pas constante.

Quoi qu'il en soit, je me crois autorisé à conclure d'après mes observations que l'emploi du suspensoir est inutile, avant que n'éclate l'épididymite.

— La composition de l'urine subissant directement l'influence de l'alimentation, on conçoit qu'on ait attaché une grande importance aux prescriptions diététiques dans le traitement de la blennorrhagie, mais la sévérité du régime qu'on imposait autrefois était excessive.

Ainsi, je me demande à quel titre certains praticiens défendent l'usage du *tabac*. L'interdiction du *café* est-elle plus légitime ? Est-il démontré que les produits que contient le café : essences, matières empyreumatiques, tannin, sont plus nuisibles qu'utiles ?

Faut-il interdire les *boissons alcooliques* ? Prises en excès, elles sont certainement nuisibles, à preuve les recrudescences qu'elles entraînent fatalement dans le cas de blennorrhagie chronique, mais leur usage modéré sera autorisé sans inconvénient. Il fut un temps, il n'est pas mauvais de le rappeler, où l'on pratiquait des injections de vin rouge dans l'urèthre enflammé.

De l'avis à peu près unanime, la *bière* est la boisson la plus nuisible aux blennorrhagiques ; le dr Janet conseille à ses malades de boire le soir quelques verres de bière, lorsqu'il veut s'assurer si le traitement a débarrassé complètement l'urèthre du gonocoque ; l'influence fâcheuse de la bière n'est pas contestable, c'est un fait d'observation, mais elle n'est guère explicable ; ce ne sont pas assurément les principes du houblon qu'il faut accuser : il arrive qu'on les donne expressément dans la blennorrhagie ; sans tenir compte du fait exceptionnel observé à deux reprises par Diday d'un flux blennorrhagique tari en deux jours par la bière prise en excès, je ne me fais aucun scrupule d'autoriser l'usage modéré d'une bière légère ; au reste, la privation de bière est très pénible au malade, parce qu'elle est souvent dans notre pays le signe qui révèle à l'entourage la nature de la maladie.

En fait d'*aliments*, on est libre de vanter les vertus de la diète absolue ou de la diète lactée pendant la phase aiguë de la maladie, mais, pour moi, je laisse le malade s'alimenter en tout temps à sa guise ou plutôt selon ses habitudes ; à force de vouloir imposer un régime, on arrive quelquefois à cette singulière inconséquence de défendre sévèrement les mets épicés aux blennorrhagiques, en même temps qu'on leur administre des balsamiques dont la composition ne s'éloigne guère de celle des épices.

Bref, je me contente presque toujours d'exiger de mes malades qu'ils s'abstiennent d'excès de boisson, et, en fin de compte, je suis convaincu que leur affection ne s'en trouve guère plus mal.

Sans doute, un régime sévère a pour effet immédiat d'atténuer les symptômes de la blennorrhagie, notamment de diminuer l'abondance

de l'écoulement et de modifier ses caractères, mais l'effet est momentané et l'influence définitive du régime sur la durée ou la terminaison de la maladie n'est pas suffisamment bien établie pour que je me croie autorisé à imposer à mes malades, pendant des semaines ou des mois, les privations parfois les plus pénibles.

Je ne parlerai guère du *traitement antiphlogistique* : je suppose qu'il n'y a plus personne qui applique des *sangsues* contre la blennorrhagie — non pas sur la verge où on ne les a guère jamais appliquées — mais sur le périnée ; à quoi bon aussi les *bains* ? Qu'il s'agisse de bains généraux, de bains de siège ou de bains locaux, leur action favorable mais passagère sur l'élément douleur est chèrement achetée par les embarras de leur application ; il en est ainsi également des *cataplasmes* ; les *boissons abondantes* ont été recommandées : en diluant l'urine, elles la rendent moins irritante, mais elles obligent à uriner plus souvent : les avantages compensent-ils les inconvénients ? Le même raisonnement s'applique à l'usage des *diurétiques*, des *tisanes* mucilagineuses ou autres.

Il y a un symptôme pénible du début qui appelle souvent notre intervention : ce sont les *érections nocturnes*. Je n'ai jamais retiré d'effets appréciables des remèdes classiques particulièrement vantés : le bromure, le camphre, le lupulin.

Rien ne vaut l'injection de morphine, et, bien qu'on ait avancé le contraire, peu importe l'endroit où elle est pratiquée.

Malheureusement, l'emploi de la seringue n'est pas toujours possible ; aussi j'ai plus souvent recours à une potion contenant un mélange de chloral et de morphine : une dose de 1 gramme de chloral et de 1 centigramme de morphine prise au moment du coucher procure un sommeil assez profond pour que les érections ne soient pas ressenties.

B. *Médication interne.*

Certaines substances, rassemblées sous le nom commun de *balsamiques*, administrées par la bouche, ont la propriété d'exercer une influence modificatrice très appréciable sur l'uréthrite blennorrhagique.

Après avoir longtemps discuté sur le mécanisme de cette influence,

on est maintenant d'accord pour l'attribuer à l'action directe sur l'urèthre, exercée au moment de la miction, de l'urine chargée de principes médicamenteux empruntés aux substances en question. On aperçoit tout de suite le côté défectueux de cette médication : le passage du remède à travers le tube digestif, les vaisseaux sanguins et l'appareil excréteur de l'urine est sans effet utile, ou plutôt, comme il s'agit presque toujours de substances actives, il a des effets nuisibles, tantôt de l'intolérance ou du catarrhe de l'estomac et des intestins, tantôt des phénomènes d'intoxication se traduisant principalement par la roséole, tantôt des altérations de l'épithélium rénal entraînant de l'albuminurie ; ce sont là bien des misères pour aboutir à un effet purement local et passager.

Pour éviter ces inconvénients, on a naturellement songé à utiliser les balsamiques en injections dans l'urèthre, non pas en nature, car ils ne seraient pas tolérés, mais convenablement dilués ; c'est ainsi que Langlebert a vanté autrefois à cet effet une préparation spéciale, désignée par lui sous le nom d'eau distillée de copahu, mais cette pratique éminemment rationnelle, ainsi s'exprimait l'auteur, n'est pas parvenue à se vulgariser, parce qu'elle n'a pas donné de résultats favorables.

Pour exercer sur l'urèthre enflammé leur action bienfaisante, les balsamiques doivent être ingérés par la bouche, dépouillés de leurs principes irritants, transformés peut-être par leur passage à travers l'économie, et convenablement dilués par leur mélange avec l'urine.

En somme, *l'action des balsamiques équivaut à celle d'une injection ou plutôt d'un lavage modificateur, pratiqué de temps à autre, suivant la fréquence des mictions, d'arrière en avant sur toute la longueur de l'urèthre* ; c'est en définitive un lavage antiseptique comme tous les autres, car les balsamiques, comme toutes les essences, contiennent des principes éminemment microbicides.

Il me paraît intéressant de comparer à ce point de vue l'action des balsamiques à celle des injections en général.

Les balsamiques sont toujours bien tolérés par l'urèthre, ce qui n'est pas toujours le cas des injections ; ils agissent d'une manière plus douce, sans provoquer de douleurs, sans exercer d'effet perturbateur ; ils ne nécessitent pas l'emploi désagréable, assujettissant, de la se-

ringue, sans compter que l'instrument est souvent manié par des mains maladroites ou inexpérimentées.

Puis, l'*injection balsamique*, — si je puis m'exprimer ainsi — *est faite d'arrière en avant*, chassant devant elle au dehors les produits infectieux contenus dans l'urèthre; elle ne tend pas ainsi — comme on l'a reproché aux injections pratiquées par le méat, qui refoulent ces produits vers la vessie — à provoquer l'extension de la maladie, notamment à la transporter de l'urèthre antérieur à l'urèthre postérieur.

Enfin, l'injection balsamique a encore un autre avantage et, à mon avis, le plus important : *elle balaie l'urèthre dans toute son étendue*, le col de la vessie, l'urèthre postérieur aussi bien que l'antérieur, tandis que les injections ont leur action limitée à l'urèthre antérieur.

Voilà bien les avantages des balsamiques; mettons en regard leurs inconvénients ; outre ceux que j'ai déjà signalés, les troubles apportés aux fonctions digestives et à la santé générale, l'odeur *sui generis* qu'ils communiquent à l'haleine et à l'urine des malades est un signe révélateur, bien désagréable parfois.

En définitive, il est surtout important de savoir quels services les balsamiques sont appelés à rendre dans la blennorrhagie.

J'ai dit déjà qu'il ne fallait pas leur donner le moindre crédit, lorsqu'il s'agit de juguler la maladie, mais on prétend qu'administrés méthodiquement et pendant un temps suffisant, il sont capables à eux seuls de la conduire à la guérison.

Il n'y a rien à contredire à cette opinion, puisque la blennorrhagie guérit quelquefois toute seule ou soumise simplement au traitement hygiénique.

Comme il est juste de tenir compte de l'effet modificateur très réel des balsamiques, je ne fais même aucune difficulté d'admettre que la blennorrhagie guérit plus souvent et plus rapidement sous leur influence que lorsqu'on l'abandonne à elle-même.

Mais je me hâte d'ajouter que les injections modificatrices et surtout les lavages de l'urèthre guérissent la blennorrhagie plus fréquemment, plus sûrement et plus rapidement encore.

La supériorité de la médication locale sur la médication interne est aujourd'hui parfaitement établie, et pour ma part, je n'hésite pas, en

dépit de quelques opinions contraires qu'on voit exprimées encore de temps en temps, à la considérer comme indiscutable; mes observations sont décisives à cet égard.

Après cela, il n'est pas étonnant que les balsamiques jouent un rôle de plus en plus restreint dans le traitement de la blennorrhagie.

Faut-il aller jusqu'à en proscrire absolument l'usage? J'avoue qu'on peut fort bien s'en passer, lorsque le traitement local est parfaitement dirigé, et, parmi les blennorrhagies que j'ai à traiter, il y en a bon nombre pour lesquelles je ne trouve lieu à aucun moment de faire appel aux balsamiques.

En pratique, ils sont appelés à rendre parfois encore quelques services ; dans quels cas et comment, c'est ce que je vais dire.

Tout d'abord, il est entendu qu'*on ne donnera pas les balsamiques, non seulement au début de la maladie, mais pendant toute sa période aiguë;* ce n'est pas qu'ils n'aient le privilège d'atténuer à ce moment les symptômes inflammatoires, de calmer la douleur et de restreindre l'écoulement dans des proportions sensibles, mais ce beau résultat est un simple trompe-l'œil ; les phénomènes morbides sont simplement masqués et ils reprennent de plus belle dès qu'on cesse l'administration du remède : ce qui revient à dire que les balsamiques sont sans influence sur l'évolution de la maladie ; il est donc bien inutile de déranger toute l'économie pour arriver à un effet aussi précaire.

Suivant les avis les plus autorisés, *c'est surtout au déclin de la maladie*, après qu'on a épuisé toutes les ressources du traitement local, et alors qu'il persiste quelques traces de l'affection, *que les balsamiques sont utiles.*

On les voit parfois à ce moment tarir en quelques jours l'écoulement rebelle jusqu'alors ; si l'effet n'est pas obtenu rapidement, il est même inutile d'insister.

On a prétendu qu'ils ne possédaient qu'une certaine somme d'effet utile qu'il fallait savoir dépenser à propos ; il importe donc de les réserver pour le moment opportun, et le moment opportun, c'est la fin du traitement.

Il y a des cas où *l'emploi simultané des balsamiques et des injections est cependant rationnel et utile; c'est quand l'inflammation occupe l'urèthre postérieur* et que le traitement local consiste dans de

simples injections ; comme les injections ne pénètrent pas dans l'urèthre postérieur, celui-ci serait laissé sans défense, si on ne faisait intervenir les balsamiques, et le résultat serait fatalement incomplet.

Dans le cours du traitement de la blennorrhagie, il y a encore une circonstance qui appelle fréquemment l'intervention des balsamiques : c'est lorsque des mictions fréquentes, un certain ténesme avertissent que l'affection a pénétré jusqu'à la région du col vésical ; *ils peuvent rendre de grands services à ce moment en prévenant le développement d'une cystite ou d'autres complications de voisinage ;* tandis que leur effet sur l'uréthre antérieur est purement momentané, ils agissent d'une manière continue sur le col de la vessie, et peut-être sur toute l'étendue de l'urèthre postérieur, s'il est vrai que celui-ci est sans cesse baigné par l'urine.

Mais, lorsqu'on a recours comme traitement local à des injections ou à des lavages étendus à toute la longueur de l'urèthre, y compris la vessie — ce qui est le meilleur traitement de la blennorrhagie, ainsi que je l'indiquerai plus tard, — l'usage des balsamiques devient à peu près superflu.

Dans l'administration des balsamiques, il est généralement recommandé de recourir à de fortes doses d'emblée et d'en continner l'usage quelques jours encore après l'effet obtenu : on estime à 6 jours le temps nécessaire pour constater l'effet, et à 6 jours de plus le temps nécessaire pour le rendre définitif.

Il me reste à dire à quelles substances on aura recours de préférence.

Le *copahu* est sans aucun doute le remède le plus actif ; on l'a élevé au rang d'un véritable spécifique, ce dont il faut bien rabattre, mais, s'il est le meilleur antiblennorrhagique, c'est aussi celui qui entraîne les inconvénients les plus sérieux ; il n'est pas rare de le voir déterminer des troubles sérieux, quelquefois même persistants, des fonctions de l'estomac et des intestins ; c'est lui surtout qui détermine la roséole — laquelle, soit dit en passant, il ne faut pas confondre, comme il arrive encore, avec la roséole syphilitique — ; c'est lui enfin qui provoque le plus de répugnance par son odeur désagréable.

La dose journalière varie de 5 à 10 grammes.

Le copahu ne s'administre plus guère sous forme de la potion de

Chopart, que l'on a justement dénommée « un chef-d'œuvre de mauvais goût. »

Les capsules sont à peu près exclusivement usitées ; comme elles ne renferment guère plus de 30 centigrammes du remède, il faut en prendre une quantité assez considérable, 15 à 30 journellement ; on est ainsi obligé de digérer outre le remède la masse assez considérable qui représente les enveloppes des capsules ; en outre, l'usage du remède en capsules est sensiblement plus coûteux ; aussi la vogue de ce produit commercial ne me paraît pas justifiée, et, comme les préparations officinales offrent toujours plus de garanties, il sera préférable d'avoir recours au copahu en nature, qui, mêlé au cubèbe, s'administre aussi commodément que les capsules.

Le *cubèbe* vient immédiatement après le copahu au point de vue de l'énergie ; s'il est moins actif que lui, il a une odeur moins désagréable et est mieux toléré par le tube digestif.

La dose quotidienne sera double de celle de copahu : 10 à 20 gr.

On le donne de préférence en nature, c'est-à-dire en poudre, enveloppée dans une hostie.

On aime généralement à associer le copahu et le cubèbe dans une même préparation sous forme d'opiat : la prescription la plus simple est la suivante :

R. Baume de copahu } aa
Cubèbe en poudre } 60 grammes
Magnésie calcinée q. s.

pour obtenir une pâte facile à rouler en boules ; on ajoute parfois quelques gouttes d'essence de menthe au mélange pour l'aromatiser ; on prend tous les jours 6 boulettes, grosses comme des noisettes, de cet opiat et on les avale dans une hostie.

Le *santal* est sensiblement inférieur aux deux substances précédentes, mais, à considérer le rôle accessoire que jouent les balsamiques dans le traitement de la blennorrhagie, il est généralement suffisant ; comme il est très commode à administrer et parfaitement toléré, j'en ai fait mon remède de prédilection ; à cause de son prix élevé, il ne convient qu'à la clientèle aisée.

Il n'y a guère que les capsules qui soient en usage : les capsules Midy sont les meilleures et naturellement les plus chères ; on en donne 15 à 30 par jour, 3 à 4 à la fois.

Je ne m'occuperai pas d'autres balsamiques d'une valeur inférieure, moins bien connus et dont on peut parfaitement se passer : *le baume de gurjun*, *l'huile de bois (wood oil)*, *le matico*.

Toutes les substances renfermant des essences ont été du reste mises à contribution, ainsi la *térébenthine*, le *baume du pérou*, la *cannelle*, etc. ; les feuilles d'un arbrisseau exotique, le *buchu*, qui renferment également une huile essentielle, ont été vantées récemment encore, principalement en infusion (15 à 30 grammes de feuilles pour 200 à 300 grammes d'eau par jour) ; enfin, du Chili, on a appelé dernièrement l'attention sur un nouveau balsamique, le *clareta*, en extrait fluide (1 gramme par jour).

On a employé aussi contre la blennorrhagie des médicaments d'une composition différente de celle des précédents, entre autres *le salol*, mais le salol est bien moins efficace que les balsamiques ; ainsi le dr Dind a administré systématiquement pendant dix jours consécutifs la dose journalière de 6 grammes de salol à 31 malades porteurs d'uréthrites aiguës ou chroniques ; dans 28 cas, le résultat fut complètement nul, et dans 3 cas seulement, il y eut une légère diminution de l'écoulement.

Il conclut — et c'est aussi l'opinion que j'ai rapportée de quelques essais — que l'effet thérapeutique du salol dans la blennorrhagie est complètement négligeable ; il est bon de se rappeler aussi que le salol à hautes doses n'est pas indifférent à l'appareil rénal.

Dr DANDOIS.

LES LEUCOCYTES OU GLOBULES BLANCS DU SANG COMME AGENTS PROTECTEURS DE L'ORGANISME.

Nous avons l'intention de résumer dans une série d'articles les découvertes récentes sur l'immunité naturelle et acquise, et les travaux qui ont été faits pour prévenir et guérir les maladies infectieuses en s'adressant soit aux agents infectieux eux-mêmes, soit à leurs produits de désassimilation, soit enfin aux humeurs des animaux infectés. On peut dire que ces dernières recherches sont à leurs débuts, mais

elles sont d'une importance capitale pour l'avenir de la médecine, et elles ont déjà donné des fruits tels qu'elles permettent les plus légitimes espérances.

Nous commençons notre exposé par l'état actuel de nos connaissances sur l'immunité.

Il y a peu d'années encore, ce phénomène était un des plus obscurs de la pathologie.

On avait appris à connaître par le microscope tout un monde d'organismes, les microbes, répandus à profusion partout, dans l'air, dans l'eau, sur nos aliments, sur notre peau, sur nos muqueuses, dans notre tube digestif. Ces organismes se montrent doués, au point de vue de la concurrence vitale, de propriétés incomparables. Leur petitesse extrême leur permet de s'insinuer à travers les pores les plus fins, ils supportent la congélation, beaucoup résistent à l'ébullition, leurs exigences nutritives sont en général modestes, enfin leur effrayante rapidité de multiplication achève de leur donner un avantage incontestable sur tous les êtres qui les entourent.

Parmi ces êtres, nous trouvons l'homme et les animaux supérieurs, êtres compliqués, d'énergie vitale moyenne et dont le fonctionnement régulier dépend du concours précis d'une foule de conditions extérieures et intérieures. Tous constituent à un haut degré, aussi bien par leurs humeurs que par leurs parties solides, des aliments de premier choix pour les microbes. Comment parviennent-ils à résister à leurs redoutables concurrents?

Le revêtement épithélial continu des téguments et surtout le revêtement corné de la peau contribuent puissamment à les préserver contre les microbes; mais cette barrière qui limite l'organisme de tous côtés, aussi bien vers l'intérieur que vers l'extérieur, ne peut suffire à expliquer l'immunité. En effet, elle est franchie journellement en de nombreux points; bien plus, nous pouvons expérimentalement introduire dans les tissus, dans le sang même, des quantités considérables de microorganismes, sans que pour cela ceux-ci parviennent à envahir l'économie. Il y a donc quelque chose de plus, et c'est ce quelque chose que les études bactériologiques sont parvenues à élucider.

Actuellement, on connaît trois moyens que l'organisme met en œuvre pour lutter contre les microbes qui l'ont envahi :

1° L'oxygène de ses tissus et de ses liquides.

2° Le pouvoir phagocytaire des globules blancs et de quelques autres éléments cellulaires.

3° Le pouvoir bactéricide de ses différentes humeurs.

En premier lieu, nous rencontrons l'oxygène. Nous ne dirons que peu de mots à ce sujet. Emmagasiné dans le sang et distribué par lui à tous les tissus, il rend la vie impossible aux micro-organismes qui sont strictement anaérobies, c'est-à-dire qui ne peuvent se développer au contact de l'air. Ce n'est qu'à la suite de conditions particulières qu'ils parviennent à prendre pied dans l'économie.

Parmi ces conditions, nous rencontrons les traumatismes graves qui écrasent les tissus, les altérations vasculaires qui troublent profondément la circulation, l'association dans un clapier de microbes anaérobies et de microbes aérobies qui enlèvent au milieu son oxygène, etc. etc... On peut, sans crainte de se tromper, attribuer à l'oxygène une part considérable dans notre défense contre les microbes anaérobies, tels que les bacilles du tétanos et de l'œdème malin (gangrène gazeuse) qui, malgré la profusion avec laquelle ils sont répandus, n'occasionnent que rarement, relativement bien entendu, des accidents morbides. Ce rôle de l'oxygène n'a pas besoin de preuves spéciales et nous passons au second moyen : le pouvoir phagocytaire des globules blancs et d'un certain nombre d'autres cellules.

Le père de la doctrine phagocytaire est sans conteste Metchnikoff, qui par ses études sur les animaux inférieurs, était arrivé à la conception que certaines cellules des animaux supérieurs, et particulièrement les leucocytes, avaient pour mission d'englober les organismes envahisseurs et de les détruire en les digérant.

Un des arguments principaux de Metchnikoff se basait sur un phénomène assez général et qui est le suivant. Dans les infections microbiennes se terminant par la guérison, il se fait, dans la région occupée par les microbes, une accumulation abondante de leucocytes, et l'on trouve ces derniers remplis de microbes ou de leurs débris. Au contraire, dans les infections mortelles, cette accumulation est nulle ou insignifiante, et l'englobement des microbes fait défaut ou n'a pas d'importance.

D'après Metchnikoff et ses partisans, la guérison survient précisé-

ment parce que les leucocytes se sont rendus sur le terrain envahi et se sont emparés des aggresseurs; quand cette concentration ne peut se faire, les organismes se développent sans entraves et l'envahissement de l'économie devient général.

Mais ce raisonnement n'a pu convaincre tout le monde.

Les adversaires de Metchnikoff conviennent volontiers que l'apparition des leucocytes dans la région envahie et l'englobement des microbes s'observent dans le cas où le conflit se termine par la défaite du microbe; mais, d'après eux, l'apparition des phagocytes est un phénomène secondaire, ayant pour but d'emporter, d'enterrer, pour nous servir d'une expression employée, les cadavres des organismes tués par l'influence microbicide des humeurs. Les partisans de la phagocytose posaient, suivant eux, simplement un raisonnement illogique : *cum hoc, ergo propter hoc*.

Metchnikoff et ses élèves ont essayé de répondre à cette objection en prouvant d'abord que les leucocytes absorbent des microbes vivants. Ils firent remarquer que, dans certains cas, les organismes situés à l'intérieur des globules blancs présentent des mouvements. Mais cet argument ne nous semble guère péremptoire, car :

1° Si ces mouvements sont lents, nous ne voyons pas bien comment on les distinguerait de ceux imprimés au microbe par le protoplasme du globule blanc.

2° S'ils sont vifs, ils nous paraissent indiquer sûrement que le leucocyte est mort, car nous ne les comprenons pas dans un milieu visqueux comme le protoplasme vivant.

Cet argument n'est donc pas décisif.

Leur second argument ne l'est pas davantage. Il est basé sur ce fait que si l'on retire du corps vivant des leucocytes renfermant des organismes, et si on les met dans des circonstances favorables au développement de ces derniers, on voit ceux-ci augmenter de nombre. Ils deviennent même tellement nombreux qu'ils remplissent tout le leucocyte et le font crever.

Cette expérience, nous le reconnaissons, prouve d'une façon péremptoire que le leucocyte englobe des microbes vivants, mais prouve-t-elle qu'il s'en rend maître? Nullement, au contraire, puisque le vaincu c'est lui.

Les expériences que nous avons faites dans ces derniers temps avec Mr Havet (1), nous paraissent à l'abri de ces objections, et établissent, d'une façon absolument sûre, d'après nous :

1° Que les leucocytes du sang absorbent les microbes à l'état vivant

2° Qu'ils les font périr à leur intérieur, par une espèce de digestion, comme le prétend Metchnikoff. Notre procédé opératoire est bien simple. Nous partons de ce fait que le sang de chien, extrait des vaisseaux et défibriné, exerce un pouvoir bactéricide considérable, c'est-à-dire, qu'il a la propriété de tuer en un temps relativement court, un nombre considérable de microbes. Mais avant d'aller plus loin, il est nécessaire de dire quelques mots de la façon dont on constate et dont on mesure le pouvoir bactéricide.

L'examen microscopique est tout à fait insuffisant pour cette opération et il est nécessaire de confectionner des « plaques ». On procède comme suit. A une certaine quantité de sang, on ajoute une on plusieurs gouttes d'une suspension concentrée de microbes, et on agite pour les répartir également dans toute la masse. On prélève immédiatement une quantité déterminée de sang (2), que l'on mêle intimement à de la gélatine-peptone ou à de l'agar-peptone préalablement liquéfiée, et on verse le mélange sur une plaque. Le milieu de culture redevient solide par refroidissement, les microbes se développent à l'endroit où ils ont été fixés par la solidification et chacun d'eux, par sa multiplication, donne naissance à une colonie visible à l'œil nu. Par la numération des colonies, on arrive à savoir le nombre de microbes vivants qui se trouvait dans le sang au moment de la confection de la plaque. On répète cette opération de temps en temps, en prenant bien entendu la même quantité de sang, et par le nombre des colonies, on se fait une idée très précise de la progression ou de la régression microbienne.

Si on opère de cette façon avec du sang de chien, auquel on a ajouté, par exemple, du bacille commun de l'intestin, on obtient les chiffres suivants :

(1) J. Denys et Havet : *Sur la part des leucocytes dans le pouvoir bactéricide du sang de chien ;* La Cellule, T. X, 1893.

(2) On se sert, pour puiser chaque fois la même quantité de sang, d'un fil de platine recourbé en anse à son extrémité.

TABLEAU I.

2 portions de sang de chien, A et B, de 10 cc. chacune ; la première est ensemencée avec un tiers de goutte, et la seconde avec une goutte d'une culture de bacille commun de l'intestin dans le sang de chien.

	IMMÉDIATEMENT APRÈS L'ADDITION.	1 H. APRÈS	2 H. APRÈS	4 H. APRÈS	6 H. APRÈS
Portion A	60000	4200	106	10	0
Portion B	165000	38000	1224	444	140

Cette expérience donne une idée exacte du pouvoir destructeur intense que le sang de chien exerce sur le coli-bacille ou bacille commun de l'intestin. Dans la portion A, le calcul nous permet d'établir que chaque centimètre cube de sang renfermait 4,000,000 de bacilles, en effet nos plaques sont faites chacune avec deux anses du fil de platine et chaque anse emporte environ 7,5 milligrammes de sang. Après une heure de contact des bacilles avec le sang, il n'en reste plus qu'un peu plus de 200,000 par centimètre cube ; après deux heures, 7,000 ; après six heures, ils ont tous péris.

Dans la potion B, la puissance du pouvoir bactéricide se montre d'une façon encore plus manifeste. Là, nous avons au début environ 11,000,000 de bacilles par centimètre cube. Après six heures, leur nombre est réduit à environ 10,000.

Si au lieu d'opérer avec le bacille de l'intestin, on choisit d'autres bacilles, ou des coques, ou des vibrions, le résultat est le même ; la destruction est donc un fait général. Mais comment faut-il l'interpréter ? C'est ici que le désaccord commence. D'après Metchnikoff et ses élèves, elle serait simplement le résultat du changement brusque du milieu ; mais cette raison ne peut être invoquée dans notre expérience, où nous avons employé, pour ensemencer A et B, une culture dans le sang de chien. D'après ceux qui admettent exclusivement le pouvoir bactéricide des humeurs, la destruction serait le fait d'une substance chimique entrant dans la composition du sérum. Les uns et les autres ont tort, et Metchnikoff n'avait, pour défendre sa doctrine, nullement besoin d'invoquer les conditions nouvelles dans lesquelles

étaient jetés des organismes qui s'étaient développés par exemple dans du bouillon et qu'on introduisait sans transition dans un milieu tout différent, le sang. Le pouvoir bactéricide du chien est lié intimement à la présence des leucocytes. La preuve, c'est que si l'on élimine ces derniers par filtration, le pouvoir disparaît complètement ou quasi complètement. Pour faire la filtration, il suffit de faire passer le sang à travers une double couche de papier Joseph; les globules rouges et le sérum passent à travers le filtre, tandis que les globules blancs sont retenus. Si on compare alors au point de vue bactéricide le sang filtré au sang non filtré, on constate une différence énorme au profit de ce dernier.

Nous donnons ici trois expériences, faites avec trois microbes différents : le bacille commun de l'intestin, le staphylocoque pyogène, et les spores du bacille du foin. Par sang complet, nous entendons le sang non filtré. Le temps indique la durée qui s'est écoulée à partir de l'addition des microbes au sang; les chiffres, le nombre des colonies qui se sont développées sur chaque plaque. La quantité de sang prélevée était de deux anses de fil de platine; chaque anse étant de 7 milligr. de sang, la masse de sang employée pour chaque plaque était donc de 14 milligr.

TABLEAU II.

Ensemencement avec le bacille de l'intestin.

	IMMÉDIATEMENT	APRÈS 1/2 HEURE	APRÈS 1 H.	APRÈS 1 1/2 H.	APRÈS 2 H.	APRÈS 4 H.
Sang complet	32620	8432	1960	1197	834	3020
Sang filtré	40600	43892	47040	84000	Innombr.	Innombr.

TABLEAU III.

Ensemencement avec le staphylocoque pyogène.

	IMMÉDIATEMENT.	APRÈS 1/2 HEURE	APRÈS 1 H.	APRÈS 2 H.	APRÈS 2 1/2 H.
Sang complet	2684	930	273	372	75
Sang filtré	4188	4956	5907	25680	Innombr.

TABLEAU IV.

Ensemencement avec les spores du bacille du foin.

	IMMÉDIATEMENT	APRÈS 1/2 H.	APRÈS 1 H.	APRÈS 2 H.
Sang complet	3776	0	0	0
Sang filtré	6112	3683	3503	17280

Ainsi dans deux de ces expériences, les deux premières, il n'y a aucune diminution du chiffre des microbes ensemencés dans le sang *filtré*, dans une autre, la troisième, il y a une destruction portant sur environ la moitié des individus. Dans le sang *non filtré* au contraire, les microbes périssent presque tous, dans la dernière même, il n'en reste plus après une demi-heure de contact. Ce dernier résultat est d'autant plus intéressant qu'il a été obtenu avec des spores, c'est-à-dire, avec des organismes modifiés de façon à présenter leur maximum de résistance. Comme la filtration du sang a eu pour unique conséquençe de retenir les éléments phagocytaires, *nous pouvons conclure que la perte du pouvoir bactéricide est due à l'élimination des leucocytes, et que ce sont eux qui confèrent au sang de chien l'énergie microbicide dont il est le possesseur.*

On pourrait objecter à notre expérience, qu'elle établit, à la vérité, que le pouvoir bactéricide est lié à la présence des globules blancs, mais qu'elle ne prouve pas nécessairement que ce pouvoir consiste dans un englobement et une digestion de microbes vivants.

A la rigueur, on pourrait supposer que les leucocytes procèdent à la destruction des microbes en deux actes, d'abord en sécrétant un poison qui va les atteindre et les tuer dans le plasma, et ensuite en les englobant pour les anéantir, mais nous avons pu écarter cette interprétation en ajoutant au sang avant la filtration, soit les microbes vivants, soit leurs toxines. L'addition faite, on abandonne le sang à lui-même pendant une demi-heure, et on filtre. On constate alors, par le procédé ordinaire des plaques, que le sang, filtré quelque temps après son contact avec les microbes ou leurs produits, n'est pas plus bactéricide que le sang filtré avant toute addition. Or, si l'objection énoncée plus haut avait été vraie, le plasma du sang, mis en contact avec les microorganismes, se serait chargé de substance

bactéricide, cette substance aurait traversé le filtre comme les autres produits dissous, et le sang filtré aurait dû montrer des propriétés bactéricides énergiques. Nous avons, au contaire, constaté dans de nombreuses expériences, que le sang filtré dans ces conditions n'acquérait aucune énergie. Nous pouvons donc faire un pas de plus dans nos déductions, et tirer la conclusion suivante : *Non seulement le pouvoir bactéricide du chien est lié à la présence des leucocytes, mais ce pouvoir s'exerce directement par ces derniers*; *ils englobent les microbes à l'état vivant et les tuent à leur intérieur.*

Si notre thèse est vraie, la restitution des leucocytes au sang doit lui rendre son action bactéricide. Il n'est pas possible de lui restituer les globules qui sont restés dans les interstices du filtre, mais on arrive au même but en se servant de globules de pus vivants, qui, comme on le sait, ne sont autres que des leucocytes du sang, qui ont conservé toutes les propriétés de ces derniers.

Pour obtenir des globules de pus, nous avons produit des exsudats plus ou moins purulents en injectant dans la plèvre de chiens, avec les précautions antiseptiques nécessaires, des cultures tuées de staphylocoques pyogènes ou de bacilles virgules. L'exsudat était centrifugé pour séparer les globules du plasma, et ceux-ci étaient additionnés en quantité variable au sang filtré. Or, par le fait même, le sang récupère sa propriété microbicide.

Nous nous contentons de rapporter l'expérience suivante. Elle comporte quatre portions de sang :

1° Une portion de sang non filtré.

2° Une portion de sang filtré.

3° Une portion de sang filtré, mais à laquelle on ajoute des globules de pus séparés par l'action centrifuge.

4° Une portion de sang filtré additionnée d'une certaine quantité d'exsudat dépouillé de ses globules. Cette dernière portion constitue en quelque sorte une portion témoin de la portion précédente et elle a pour but de décider si la restitution du pouvoir bactéricide au sang par les globules de pus doit bien être attribuée à ceux-ci, et non pas à la partie liquide de l'exsudat, qui adhère, ne fût-ce qu'en quantité minime, à leur surface.

Les quatre portions ensemencées avec le bacille de l'intestin nous donnèrent les chiffres suivants :

TABLEAU V.

	IMMÉDIATEMENT	APRÈS 3 H.	APRÈS 5 HEURES
1. Sang complet	78720	3500	Aucun dévelop. au microsc.
2. Sang filtré	77480	22080	Forte augmentation au miscrosc.
3. Sang filtré + dépôt de l'exsudat	78000	530	612
4. Sang filtré + exsudat centrifugé	59500	31680	Dévelop. au microscope

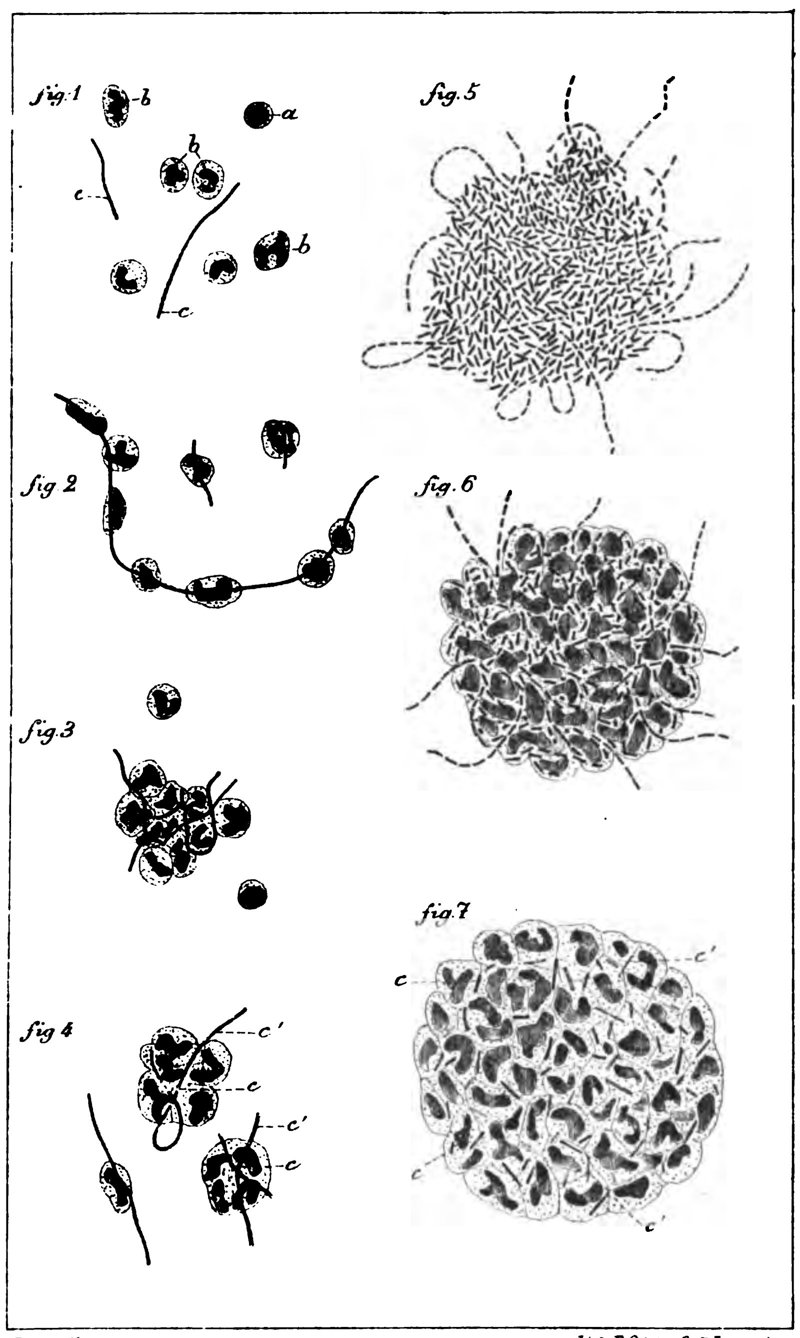
L'expérience est péremptoire. La portion 3, comprenant le sang additionné de globules de pus, a récupéré toute sa puissance; elle dépasse même celle du sang complet, sans doute parce que le nombre de ses leucocytes dépasse celui du sang non filtré. Enfin la portion 4 prouve que le retour du pouvoir ne peut être attribué à la partie liquide, puisque la diminution du nombre des microbes est faible et qu'après cinq heures, le développement est déjà évident au microscope, ce qui indique toujours une pullulation avancée.

En remplaçant les leucocytes du sang par des leucocytes émigrés des vaisseaux dans l'inflammation, on restitue au sang son pouvoir bactéricide et on peut même le renforcer. C'est la contre-épreuve de la démonstration du rôle des leucocytes, fournie par la différence d'action du sang complet et du sang filtré.

Rien n'est curieux comme de poursuivre au microscope les différentes phases de l'englobement et de la digestion intracellulaire des microbes.

Dans la planche qui accompagne cet exposé, nous avons reproduit quelques unes des étapes de ce processus.

Les fig. 1 à 4 représentent l'englobement et la destruction du bacille du foin. Ce bacille forme souvent de longs filaments, comme ceux reproduits dans nos figures. Ces filaments, qui paraissent homogènes, sont en réalité composés de plusieurs bacilles placés bout à bout. C'est ainsi que l'on peut considérer le plus long filament de la figure 1, comme formé d'une dizaine d'individus, mais dont la démarcation n'est pas visible. Les bacilles représentés dans ces quatre figures proviennent d'une culture sur gélatine et ont été mélangés à du sang



Revue Médicale

Lith F. Giele, Grt Louvain

de chien non filtré. Les globules rouges n'ont pas été représentés; les globules blancs seuls sont figurés (b). Ils sont presque tous caractérisés par un noyau de forme très variable, souvent bizarre.

La fig. 1 a été dessinée d'après une préparation faite immédiatement après le mélange. Les filaments sont libres, les leucocytes sont indépendants les uns des autres.

La fig. 2 a été obtenue cinq minutes après le mélange. On y assiste à la première phase de l'englobement. Les leucocytes se sont collés sur les filaments et les ont entourés.

Dans la fig. 3, obtenue 10 minutes après le mélange, les filaments sont repliés sur eux-mêmes par les leucocytes, qui se sont rapprochés et forment un petit amas. Les filaments se colorent encore très bien.

Dans la fig. 4, au contraire, dessinée 30 minutes après le mélange, trois filaments sont devenus très pâles et à peine visibles. Ils ne se colorent plus qu'en quelques points, marqués en noir dans le dessin. Le reste est en pleine voie de digestion et de disparition.

Enfin 45 minutes après le mélange, il ne restait plus que de rares traces des bacilles à l'intérieur des amas de leucocytes.

Les fig. 5 à 7 représentent le même phénomène, mais portant sur le bacille commun de l'intestin. Une culture de ce dernier dans du sang filtré montrait de grands amas de bacilles dans le genre de celui reproduit dans la fig. 5, et composés chacun de plusieurs centaines d'individus. A cette culture dans le sang filtré, nous ajoutâmes du sang frais, non filtré, et 15 minutes après le mélange, nous obtenions le stade représenté dans la fig. 6. Les leucocytes se sont groupés autour des amas, ils les ont envahis jusqu'à leur centre, et ont englobé la plupart des microbes.

30 minutes après le mélange, nous obtenions la fig. 7. Presque tous les bacilles ont disparu et parmi ceux qui se sont conservés, beaucoup se colorent mal ou irrégulièrement. Ils sont manifestement en voie de disparition. Deux, encore bien conservés, sont indiqués par les lettres *c* ; deux autres se colorant à peine, par les lettre *c'*.

Comme on le voit par ces deux exemples, le travail d'englobement et de digestion est rapide et l'on peut facilement assister à ses différentes phases.

Jusqu'ici il n'a été question que du sang de chien, mais ce que nous

en avons dit, s'applique au sang de tous les vertébrés. Partout les leucocytes possèdent la propriété d'englober les microbes vivants, de les tuer et de les digérer. Comme exemples de cette destruction, nous avons donné le bacille de l'intestin, le staphylocoque pyogène et le bacille du foin; mais aucun microbe n'échappe à l'action phagocytaire des globules blancs. Il faut néanmoins noter qu'il y en a qui sont détruits plus difficilement que les autres, ce sont les microbes pathogènes. Nous reviendrons sur ce point plus tard.

Comme conclusion de notre exposé, nous pouvons considérer comme un fait des mieux établis que les leucocytes absorbent et digèrent les microbes vivants. Ils sont un des facteurs qui nous permettent de résister aux microbes qui nous entourent.

Dans un prochain article, nous verrons cette fonction soutenue et renforcée par une autre : le pouvoir bactéricide des humeurs.

J. DENYS.

LA DÉCLARATION DES MALADIES CONTAGIEUSES.

Le Gouvernement s'apprête à régler par des lois l'importante et délicate question de la déclaration des maladies contagieuses. Il en a saisi le Conseil supérieur d'hygiène et plus tôt les mesures de prophylaxie seront votées par nos légiférants et mieux il vaudra : nous ne pouvons pas rester en arrière de tous les peuples qui nous avoisinnent et qui ont déjà pris, eux, les précautions exigées par le plus élémentaire bon sens. On se noie depuis assez longtemps chez nous dans certains puits, pour qu'on s'occupe enfin de les boucher!

Les épidémies sont des calamités publiques que nos pères ne savaient ni détourner, ni enrayer; mais aujourd'hui que la science a fait voir clairement comment naissent, se propagent et s'éternisent la plupart de ces fléaux, le devoir des Gouvernements et des Administrations est évident : on ne peut pas plus permettre aux maladies infectieuses qu'aux incendies de s'étendre de maison à maison et de dévaster toute une ville, puisqu'il suffit d'un peu d'énergie pour maîtriser les unes comme les autres.

L'hygiène publique et privée ont fait sans doute dans ces dernières années d'immenses progrès, mais pour couper les épidémies — nous ne parlons pas du choléra qui a la spécialité d'inspirer cette crainte qui est le commencement de la sagesse — qu'ont fait jusqu'ici chez nous les pouvoirs publics? — Rien, ou presque rien, il faut bien le reconnaître.

La cause en est à nos mœurs et à nos lois. Heureusement les mœurs peuvent se modifier et les lois humaines sont toujours sujettes à révision.

L'article 13 de la loi du 18 juillet 1831, porte :

« Sera puni d'un emprisonnement de 15 jours à 3 mois et d'une amende de 25 à 250 florins, tout individu qui n'étant dans aucun des cas prévus par les articles précédents, aurait refusé d'obéir à des réquisitions d'urgence pour un service sanitaire, ou qui, *ayant connaissance d'un symptôme de maladie pestilentielle*, aurait négligé d'en informer qui de droit. »

« Si le prévenu de l'un ou de l'autre de ces délits est *médecin*, l'amende sera de 250 à 2,500 florins. »

Cette loi date de 62 ans! En 60 ans la médecine s'est renovée et il n'y a rien de subversif à souhaiter, qu'au moins dans ses rapports avec elle, le Code se rajeunisse aussi un peu.

Qu'est-ce qu'une *maladie pestilentielle?* C'est malaisé à dire au juste. Si la langue juridique prend le mot dans son acception vulgaire, le terme est véritablement si vague qu'il ne porte plus. « *Peste*, d'après Littré, se dit, en général, de graves maladies contagieuses ou épidémiques »... mais lesquelles? La diphthérie, par exemple, est-elle pestilentielle et la rougeole ne l'est-elle pas? Et aussi longtemps que la jurisprudence n'aura pas fixé les définitions (1), devant des juges,

(1) Un arrêté royal du 31 mai 1885 a bien donné une définition plus précise des maladies à dénoncer, en imposant au médecin comme devoir, en cas d'apparition dans sa clientèle d'une maladie *transmissible ou pouvant devenir épidémique*, d'en donner immédiatement connaissance à l'Administration Communale de la localité où il a constaté la maladie. — La définition est encore trop vague et, d'ailleurs, cet arrêté n'a pas force de loi. Le médecin belge n'est contraint de violer le secret professionnel que dans les termes de l'art. 13 de la loi du 18 juiilet 1831.

La situation est identique en France. Les auteurs de droit admettent cette dérogation formelle à la loi du secret professionnel et essaient de la justifier 1° par la grandeur des désastres publics que pourrait causer le silence du médecin; 2° par la nature même des maladies épidémiques, qu'en général, on n'a aucun intérêt à dissimuler. Tout cela est matière à discussion.

très ennuyés de ces disputes médicales, quelle matière à discussions à perte d'haleine, entre le procureur du Roi et la défense!

Dans la langue médicale il y a «*la peste d'Orient* ou *la peste à bubons*» — dont on ne demande même plus l'histoire aux examens de médecine, pour cette bonne raison que, grâces à Dieu, cette vraie peste, nous ne l'avons plus en Europe, et que rien n'indique que nous devions l'y revoir jamais. Et alors, l'article 13 ne ressemble t il pas, pour l'utilité, aux forts à coupole de la Meuse... que personne n'assaille : il protège les populations contre une peste, que nous n'avons pas, — mais il ne les garantit nullement contre la fièvre typhoïde, la variole, le choléra, la scarlatine, la diphthérie, etc., que nous avons!

En fait, l'amende et la prison de l'article 13 ont-elles jamais été infligées à un médecin en Belgique? Nous le croyons pas et cependant quel médecin, depuis 1831, a jamais « informé qui de droit, d'un symptôme de maladie pestilentielle » dont il aurait eu connaissance?

D'autre part, nous sommes obligés par le Code pénal (art. 379) — et par un Code plus sévère encore, celui de l'honneur professionnel — au secret médical! Tout cela est fort embarrassant : dans l'intérêt de la société tantôt il faut se taire, tantôt il faudrait parler et, comme Milon de Crotone dans son tronc d'arbre, le médecin a les bras pris entre l'art. 379, qui veut le secret, et l'art. 13 qui ordonne la révélation. Si encore le législateur lui indiquait l'intérêt supérieur devant primer l'autre! Mais non, il le laisse se dépêtrer tout seul, comme il le pourra!

La loi manque donc de précision et, par conséquent aussi, d'autorité. A défaut de la loi, voyons si les mœurs nous indiquent clairement la voie à suivre.

Nous sommes dans une petite ville; la scarlatine éclate dans une épicerie bien achalandée : que faut-il faire?

Garder le secret professionnel? — C'est assurément favoriser le développement d'une épidémie : les ménagères, en venant aux provisions, peuvent emporter avec elles les germes de la maladie, les colporter en ville, et le foyer infectieux risque fort de rayonner au loin!

Dénoncer le mal à l'Administration Communale? — Que va faire l'administration? — Ou bien elle ne fera rien du tout — cela se voit — et alors le médecin portera tout l'odieux d'une délation inutile.

Ou bien elle fera fermer la boutique contaminée et, si c'est le *salus populi*, c'est peut-être la ruine pour le boutiquier, qui avait mis sa confiance dans le médecin et lui reprochera amèrement de l'avoir trahie (1).

Voilà les difficultés entre lesquelles se débat la conscience du médecin. Ajoutons que dans l'état actuel de nos mœurs. le praticien dénonciateur, à la campagne comme en ville, aurait bientôt perdu toute clientèle. Mais les mœurs sont réformables — si pas du jour au lendemain du moins à la longue — par la persuasion, par l'instruction, au besoin par la coërcition. Nous devons éclairer les populations et il ne paraît pas bien difficile de leur persuader que les mesures prophylactiques gênantes, contre lesquelles elles protestent ou s'insurgent aujourd'hui, sont aussi utiles que les garde-fous le long des rivières. Une mère me disait l'autre jour : « Mon enfant a été prendre le croup dans telle maison ! » — C'était vrai ; je lui répondis : « Si, comme cela est ordonné en Hollande, cette maison avait porté un écriteau avertisseur, vous n'auriez certainement pas laissé votre enfant aller y chercher la maladie.

C'est évident ! Mais alors pourquoi la police ne rend-elle pas l'écriteau obligatoire, comme la muselière en temps de canicules, la lanterne sur les casse-cou des rues, et les palissades autour des édifices qui menacent ruine ? Dira-t-on que la police ne sait pas toujours ? — Elle est là pour veiller et savoir ; qu'elle n'est pas armée ? — qu'on lui donne des armes !

Une bonne loi ne nous paraît pas si malaisée à formuler et à faire accepter qu'on pourrait se le figurer. Nous ne nous chargeons pas de trouver la formule ; nous n'avons pour cela aucune compétence, mais sans être légiste et sans sortir de notre rôle, nous pouvons bien indiquer rapidement ce que nous voudrions qui fût.

1. A la porte de chaque maison abritant un malade atteint d'une affection grave et facilement transmissible, « qui de droit » afficherait un petit placard avec ces mots : maladie contagieuse.

2. Le chef de famille ou le principal occupant de la demeure infec-

(1) Le citoyen, qu'on prive ainsi momentanément de ses moyens d'existence, nous semble avoir droit, en bonne justice, à une indemnité qui le dédommage des pertes subies dans un intérêt d'utilité publique.

tée serait obligé, sous peine de prison ou de forte amende, d'informer l'autorité compétente de la maladie contagieuse aussitôt qu'elle serait reconnue.

3. A défaut du chef de famille ou du principal occupant, le médecin — comme cela existe déjà pour les naissances — serait tenu de faire la déclaration.

Nous ne développerons pas les avantages de ces dispositions légales, nous nous bornerons à les indiquer sommairement :

L'autorité tout de suite avertie pourrait prendre à l'instant toutes les mesures prophylactiques réclamées par la situation;

Le public averti ne s'exposerait plus qu'à bon escient ou volontairement aux risques de la contagion;

La sévérité des peines édictées obligerait les principaux intéressés à faire la déclaration eux-mêmes;

Le médecin n'aurait donc à intervenir que très rarement et ne serait obligé que très exceptionnellement à poser cet acte toujours fâcheux, regrettable et suspect, la violation du secret médical.

Ces dispositions tutélaires, sauvegardant également tous les intérêts, seront certainement efficaces si les autorités veulent bien mettre à les faire observer plus d'énergie qu'elles n'en dépensent pour la loi sur l'ivresse.

Les documents suivants sont empruntés à la *Gazette médicale de Liège*.

Voici d'abord la liste des maladies épidémiques ou contagieuses dont la déclaration par les médecins deviendra obligatoire en France à partir du 1er décembre 1893 :

1. Choléra et affections cholériformes;
2. Fièvre typhoïde;
3. Dyssenterie épidémique;
4. Typhus exanthématique;
5. Erysipèle;
6. Infection purulente;
7. Diphtérie;
8. Variole;
9. Rougeole;
10. Scarlatine;

11. Coqueluche;
12. Suette;
13. Ophthalmie purulente des nouveau-nés.

LONDRES. Les maladies infectieuses auxquelles s'applique la loi de la déclaration sont : variole, choléra, diphthérie, croup, érysipèle, scarlatine, typhus, fièvre typhoïde, fièvre entérique, fièvre à rechute, fièvre continue; fièvre puerpérale.

ALLEMAGNE. Le projet qui est soumis cette année au Reichstag a pour objet la déclaration des maladies dont l'existence constitue un péril général. Il vise les maladies suivantes : choléra asiatique, typhus exanthématique, fièvre jaune, peste, variole. Ces maladies devront être signalées sans aucun retard à la police, et il n'est pas nécessaire que le cas soit confirmé, il suffit qu'il soit suspect.

Le Conseil fédéral, pourra s'il le juge nécessaire, étendre la liste des affections à dénoncer.

Un décret du 8 août 1835 rendait déjà obligatoire, dans les provinces prussiennes, la déclaration des maladies suivantes : choléra, typhus, variole, rage, charbon, morve, farcin, et la déclaration devait être faite sans retard par les chefs de famille, les propriétaires et les médecins

BAVIÈRE. Un décret du 14 juillet 1862, rend obligatoire pour les médecins la déclaration des cas de variole, choléra asiatique, typhus exanthématique, rage, morve, charbon. La déclaration pour les cas de dysenterie, pourriture d'hôpital, infection puerpérale, diphtérie, ophthalmie purulente, scarlatine et rougeole, ne devient obligatoire que lorsque ces maladies sévissent avec intensité.

GRAND DUCHÉ DE BADE. Un décret du 30 décembre 1881 rend obligatoire la déclaration de chaque cas de choléra, variole, fièvre puerpérale, fièvre typhoïde ou typhus, scarlatine, diphtérie. Pour le choléra et la variole la déclaration doit se faire le jour même; pour les autres maladies, elle devra être faite au plus tard le lendemain du jour où le diagnostic aura été porté.

ITALIE. On trouve dans le règlement du 9 octobre 1889, rédigé en conformité de la loi sanitaire de 1888 :

« Doivent être considérées comme maladies infectieuses humaines pour lesquelles la déclaration à l'autorité municipale est légalement

obligatoire : la rougeole, la scarlatine, la variole, la fièvre typhoïde, le typhus, la diphthérie, le croup, la fièvre puerpérale, la rage, le choléra et autres maladies éventuelles d'origine exotique, transmissibles ou susceptibles de l'être, et la syphilis transmise par une nourrice mercenaire. »

La réforme dont le Gouvernement belge s'occupe en ce moment est nécessaire et urgente. Catilina est toujours à nos portes : pour Dieu ne délibérons pas trop longtemps !

D[r] EUGÈNE HUBERT.

LAIT COUPÉ OU LAIT PUR ?

Nous extrayons d'un très intéressant rapport présenté à l'Académie de médecine de Paris, par M. Budin, qui s'est beaucoup occupé de l'alimentation des nouveau-nés, — quelques considérations de nature à fixer l'attention des praticiens.

Il y a plus de mères que de nourrices — et, à défaut de l'allaitement au sein il faut parfois recourir au lait de vache. Convient-il de le donner coupé ou pur ?

Contrairement à l'usage, dit M. Budin, nous donnons aux nouveau-nés, non pas du lait de vache coupé avec plus ou moins grande quantité d'eau, mais du lait *pur*.

Presque tous les auteurs conseillent d'ajouter de l'eau au lait de vache pendant les premiers mois ; on fait un mélange qui comprend d'abord trois parties d'eau et une de lait, puis deux parties d'eau et une de lait, une partie d'eau et une de lait, une partie d'eau et deux de lait. On arrive ainsi progressivement au lait pur qui n'est donné qu'au 5e ou 6e mois.

Le lait que boivent nos nouveau-nés est *pur*. Quand nous avons essayé d'y mettre de l'eau, nous avons vu que les enfants prenaient une plus grande masse de liquide et s'accroissaient moins.

Voici une observation recueillie en 1890 et qui nous a beaucoup frappé. Une petite fille, née le 4 novembre, pesait le 6, 3040 grammes. Comme ses parents devaient partir pour l'Angleterre ils voulurent absolument avoir recours à l'allaitement artificiel : je conseillai le lait d'ânesse pur. En 25 jours l'enfant augmenta de 1180 grammes, c'est-à-dire de 47 grammes 2 par jour.

Survint alors une *nurse* anglaise. A partir du 1er décembre, on eut recours au lait de vache coupé : à 2 cuillerées de lait on ajoutait 4 cuillerées d'eau d'orge. Les digestions de l'enfant parurent très médiocres et du 1er décembre au 21 janvier elle ne prit que 4 gr. 1 en moyenne par jour. Du 21 janvier au 4 février, la proportion du lait fut plus grande : pour 4 cuillerées d'eau on mettait 3 cuillerées de lait; l'enfant augmenta de 27 grammes par jour. Enfin du 4 février au 1er mars. le mélange fut fait à parties égales et l'enfant s'accrut de 29 grammes 7 par jour.

Cette différence dans l'augmentation qui, de 47 grammes par jour avec le lait d'ânesse pur est tombée à 4 grammes 1 avec du lait de vache coupé, doit-elle être attribuée exclusivement à ce fait que le lait de vache était moins bien digéré ? La composition du liquide, qui contenait une très grande quantité d'eau et peu de matières nutritives ne doit-elle pas être aussi incriminée ?

Voici un autre fait : Un enfant jumeau du service eut du lait stérilisé pur. L'augmentation à partir du 2e jour fut de 65 grammes soit de 21 grammes 6 en moyenne par jour. A ce moment on substitua au lait stérilisé pur, du lait stérilisé coupé avec un tiers d'eau. Pendant les 5 jours qui suivirent, il ne gagna que 30 grammes, soit 6 grammes en moyenne par jour. A ce moment on remplaça le lait coupé par du lait pur et de nouveau l'enfant progressa normalement. La même recherche faite sur l'autre jumeau donna un résultat analogue.

Rappelons enfin qu'un des enfants dont nous avons parlé criait toujours au bout d'une heure et demie, quand on lui donnait du lait stérilisé auquel on avait ajouté un quart de son volume d'eau; il attendait au contraire deux heures sans impatience lorsqu'il avait pris du lait pur.

Nous avons été, au premier abord, très étonnés de ces résultats, mais nous avons dû nous incliner devant les faits.

Faisons du reste quelques comparaisons. Le lait de femme contiendrait par litre, d'après Gautier : eau 877; résidu sec (matières albuminoïde, caséine, beurre, sucre, sels) 123.

Dans le lait de vache on trouverait par litre : Eau 865 ; résidu sec 135.

Si à un litre de lait de vache on ajoute 2 litres d'eau, on obtient, pour un litre de mélange, trois fois moins de résidu sec 135 : 3 = 45 grammes. Si, à un enfant d'une à plusieurs semaines, on donne 800 grammes de ce liquide, il ne prend en réalité que 45 : 2 = 22,5 de résidu sec, tandis que 500 grammes de lait de femme lui en auraient donné 125 : 2 = 62,5.

L'eau joue un grand rôle dans l'alimentation, c'est vrai, mais 22 grammes 5 de résidu sec par jour, c'est bien peu de chose.

On dit que la caséine du lait de vache se coagule et forme dans l'estomac de gros caillots qui peuvent être une cause de troubles digestifs Il n'en plus ainsi lorsque le lait a été soumis au bain-marie à une température voisine de 100 degrés. « Avec ce lait stérilisé, dit M. Chavane le caillot n'offre au doigt qui le presse aucune résistance, aucune sensation d'élasticité. Il se laisse pénétrer comme un liquide épais, de la crême par exemple. A l'examen microscopique, si on n'observe aucune différence du côté des globules graisseux, du moins les granulations de caséine sont notablement plus fines, plus homogènes. Ce n'est pas évidemment le caillot si ténu du lait de femme, ce n'est pas non plus le caillot qu'on obtient avec du lait d'ânesse, mais le volume des granulations de ce dernier caillot est peu différent du volume de celles du lait stérilisé. Il y a donc évidemment du fait de cette chauffe du lait à 100 degrés, non parvenu par conséquent à son point d'ébullition, une modification de la caséine. Cette modification porte sur l'état de division du caillot lui-même et sur son état moléculaire. Il est probable que tels sont les motifs qui, toutes choses égales d'ailleurs, rendent le lait de vache stérilisé plus facile à digérer que les laits crus ou bouillis. »

— La question de la *dose* n'est pas moins importante que la question de la *qualité* — et quel que soit le lait choisi il faut éviter la *surcharge alimentaire* qui amène bientôt les signes de l'intolérance gastro-intestinale : le vomissement et la diarrhée. Et M. Budin rapporte l'exemple suivant.

Après une ascension remarquable, un enfant a été pris le 27 jour d'une intolérance gastrique sans diarrhée. La quantité de lait qu'il recevait était de 700 grammes ; nous l'avons rapporté à 500, pour l'augmenter ensuite progressivement et cette indigestion n'a eu aucune suite fâcheuse.

Nous avons vu, continue-t-il, une garde qui, à un enfant né depuis quelques jours et pesant trois kilos, fit prendre 800 grammes de lait stérilisé dans les vingt-quatre heures. Elle a été surprise quand nous lui avons fait remarquer que donner 800 grammes de lait stérilisé à un enfant de 3 ans, cela équivalait à faire boire environ *seize* litres de lait à un adulte de 60 kilos !

Toutefois l'enfant boit beaucoup plus de lait que ne le ferait proportionnellement un adulte, puisque deux rations différentes lui sont nécessaires : la ration d'entretien et la ration d'accroissement.

D'après les auteurs l'enfant du 5e jour à la fin du premier mois, prend environ 5 à 600 grammes de lait de femme ; pendant le 2e et 3e mois de 6 à 700 grammes etc. (Tarnier et Chantreuil). Ces chiffres ne doivent peut-être pas être dépassés, car le lait de vache contient

plus de matières nutrtives que le lait de femme, mais il reste encore beaucoup de recherches à faire sur ce point.

Donc si la courbe montre que l'enfant s'accroît insuffisamment, on devra augmenter progressivement la dose du lait stérilisé, mais on évitera avec soin la suralimentation.

A l'appui des vues de mon ami M. Budin, je citerai un fait dont je viens d'être témoin et qui m'a frappé.

Un petit prématuré de 8 mois : on lui a procuré une couveuse artificielle et une nourrice d'excellente apparence. Au bout d'une quinzaine de jours, surviennent tout à coup des vomissements, de la diarrhée verte, et l'enfant, qui venait assez bien jusque là, prend l'aspect d'un petit vieux dans une peau trop large. J'étais fort inquiet et le père, médecin, en désespoir de cause me proposa d'essayer du lait de vache stérilisé. Comme les moyens les plus rationnels n'avaient paru produire aucun résultat, je consentis : nous fîmes venir un appareil Soxhlet, et, à ma grande surprise, je l'avoue, ce que le lait de femme n'avait pas fait, le lait de vache stérilisé le fit : l'intolérance gastro-intestinale disparut comme par enchantement et l'enfant qui nous avait inspiré tant d'inquiétudes est aujourd'hui très bien venant.

E. H.

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE INFANTILE.

Le dr Comby vient d'exposer longuement le traitement des diarrhées qui surviennent chez les enfants ; la mortalité de ce chef est considérable en toute saison, mais le chiffre est notablement plus élevé pendant les chaleurs de l'été.

Est-ce à dire que la chaleur soit l'agent direct de la diarrhée ? Non, car les enfants placés dans de bonnes conditions d'hygiène, c'est-à-dire élevés au sein, n'en pâtissent pas. Les seuls enfants qui soient exposés à tous les dangers de la diarrhée d'été sont ceux qui sont élevés au biberon, ou alimentés prématurément, ou sevrés trop tôt.

« C'est que l'enfant, soumis à l'allaitement artificiel, court le risque, en été, de recevoir un lait altéré, fermenté, souillé de microbes nuisibles. Ce lait, déjà défectueux par son origine et par les fraudes dont il est l'objet, subit, par le seul fait de la chaleur, une décomposition qui le rend dangereux pour les enfants. Il faut partir de là, que les enfants nourris au sein échappent à la diarrhée, ou du moins à la diarrhée grave, tandis que les enfants, privés totalement ou partiellement du sein, lui paient un tribut énorme.

Cette notion est très importante pour la prophylaxie ; elle lui sert de base. »

L'auteur s'occupe successivement des diverses espèces de diarrhées.

I. *Diarrhée des enfants nourris exclusivement au sein.* Rare et d'ordinaire peu grave.

Causes : abondance du lait, fréquence des tettées, régime défectueux de la nourrice, mauvaises qualités du lait sans cause connue.

S'attaquer d'abord à la cause ; parfois une petite cuiller d'eau de Vichy, de Vals ou d'eau de chaux. En somme, pas ou peu de médicaments, traitement hygiénique.

II. *Diarrhée des enfants soumis à l'allaitement artificiel, ou mixte, ou à l'alimentation prématurée.* Le dr Comby distingue la *diarrhée simple* ou lientérique et la *diarrhée infectieuse.*

Contre la diarrhée simple, recourir surtout au lait stérilisé pur ou coupé, ou au lait humanisé stérilisé qui est également un lait de vache mais un lait décaséiné,se rapprochant ainsi par sa composition du lait de femme.

Comme médicaments, eau de chaux, de Vichy, bismuth.

Dans la diarrhée infectieuse ou diarrhée verte, l'hygiène ne suffit plus, une véritable thérapeutique s'impose.

On changera l'alimentation et tout le monde est d'accord pour mettre les enfants à une diète relative, sinon absolue (eau de riz, eau albumineuse, décoction blanche de Sydenham.

En fait de médicaments, l'acide lactique, l'acide chlorhydrique, les sels de bismuth, les opiacés, le calomel.

III. *Diarrhée cholériforme.* Le traitement sera prompt et énergique. Diète lactée mitigée : lait stérilisé, eau de riz, décoction de Sydenham, eau albumineuse.

Contre la faiblesse ou l'algidité : un peu de cognac ou de rhum, de champagne, de porto ou de café, l'éther, l'acétate d'ammoniaque, finalement les injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Contre la diarrhée, quelques gouttes de laudanum, le bismuth, le nitrate d'argent par la bouche (5 centigrammes sur 60 grammes d'eau distillée, une cuillerée à café d'heure en heure) ou en lavements, le calomel, la résorcine, le lavage de l'estomac, les grands lavages de l'intestin.

IV. *Diarrhée du sevrage.* Le traitement est surtout prophylactique ; on choisira un lait pur, au besoin on reviendra à l'allaitement naturel.

V. *Diarrhée chronique.* L'alimentation sera surveillée étroitement : lait de bonne qualité, crêmes, purées de légumes secs, potages épais aux pâtes, au pain grillé, viande crue.

Le bismuth jouera un grand rôle comme dans les cas aigus, ainsi que les autres antiseptiques intestinaux (salol, naphtol, etc.) ; puis, le nitrate d'argent, le calomel, l'opium.

A la fin de son étude, le d[r] Comby résume comme suit le traitement des diarrhées infantiles en général :

En somme, il y a, en dehors du régime alimentaire qui est capital au double point de vue curatif et prophylactique, deux médicaments éprouvés, l'*opium* et le *bismuth*. On devra toujours commencer par là, avant d'avoir recours aux nouvelles médications.

L'opium se donnera en potion ou en lavement, sous forme de *laudanum de Sydenham*, à la dose de 1, 2, 3, 4, 5 gouttes au plus, suivant l'âge (six mois, un an, dix-huit mois, deux ans, trois ans), en répartissant l'ingestion de cette dose sur toute la journée (une cuillerée à café d'heure en heure d'une potion de 60 à 80 grammes). Pour un lavement, on restera plutôt en deçà, à cause de l'impossibilité du fractionnement, et on ne dépassera pas 1 ou 2 gouttes. L'opium se donne encore sous forme d'*élixir parégorique*, dix fois moins actif que le laudanum, à la dose de 10 à 20 gouttes en vingt-quatre heures. Il se donne enfin sous forme de *sirop diacode*, à la dose de 2, 4, 6 gr. en vingt-quatre heures, suivant l'âge.

Si ce traitement échoue, on essaiera l'acide lactique, l'acide chlorhydrique. Si les acides sont en défaut, on aura recours aux alcalins, eau de chaux, eau de Vichy, eau de Vals. Comme boissons, on donnera l'eau albumineuse, l'eau de riz, la décoction blanche de Sydenham, le tout édulcoré avec un peu de sirop de coings et additionné de cognac ou de rhum (10 à 15 grammes).

Dans les cas très graves, on aura recours au lavage de l'estomac, aux bains sinapisés, aux injections sous-cutanées d'éther, de caféine, d'eau salée. Si la diarrhée se prolonge, on insiste sur le régime lacté, sur les astringents, sur les toniques, sur l'antisepsie intestinale et les lavements astringents.

La viande crue ne sera pas oubliée, on l'assaisonnera de sucre en poudre ou de confitures pour la faire accepter. Une bonne hygiène générale, propreté absolue de l'enfant, aération, promenades, changement d'air, séjour à la campagne, une cure à Plombières, compléteront le traitement des formes chroniques et rebelles de la diarrhée infantile.

Nous revenons sur le traitement du choléra infantile, la forme la plus grave des diarrhées infantiles, pour donner avec quelques détails le traitement du d[r] Gross, de New-York qui s'applique particulièrement aux cas sérieux : il consiste dans la prescription d'une diète sévère, les irrigations de l'intestin et l'administration du calomel.

Au début, le lait est absolument interdit, qu'il s'agisse du lait de la nourrice ou du lait de vache. On donne à l'enfant un peu de décoction d'orge, de l'eau bouillie sucrée ou du thé léger, le tout par petites

quantités, fréquemment répétées. Toutes les douze heures on fait une irrigation de l'intestin avec 1 litre à 1 litre et demi d'eau salée à 1 p. c. Enfin on fait prendre successivement six paquets de 1 à 2 centigram. de calomel, à raison d'un paquet toutes les deux heures.

Grâce à ce traitement, on réussit dans la majorité des cas à enrayer la maladie. Au bout de quarante-huit heures, on peut donner le sein. Quant aux enfants soumis à l'alimentation artificielle, il est bon d'attendre encore deux à trois jours avant de leur faire prendre du lait.

Lorsque le choléra infantile est déjà arrivé à son plein développement, le dr Gross prescrit encore la diète, mais il ajoute du café noir en petite quantité; il fait pratiquer les lavages de l'intestin plus fréquemment, toutes les 3 ou 4 heures, et associe à chaque poudre de calomel 10 à 20 centigrammes de salol; il recourt en même temps au mélange ci-dessous formulé :

Acide chlorhydrique médicinal	15 grammes.
Pepsine	4 grammes.

F. s. a. A prendre : 2 ou 3 gouttes dans de l'eau bouillie, quatre fois par jour.

Si la diarrhée et les vomissements ne cessent pas dès le second ou le troisième jour de ce traitement, on aura recours aux lavages de l'estomac pratiqués une fois par jour avec une solution très faible d'acide chlorhydrique, et, contre la diarrhée, aux irrigations de l'intestin avec une solution de tannin à 1 p. c., irrigations qui doivent toujours être précédées d'un lavement évacuant. L.

—

LES PETITS ACCIDENTS DU MAL DE BRIGHT ET LE PEU D'IMPORTANCE DU SYMPTOME ALBUMINURIE.

Le mal de Bright est souvent méconnu, faute d'un examen des urines qu'on ne devrait jamais négliger en présence du moindre symptôme suspect, mais, d'après une récente communication de Dieulafoy à l'Académie de médecine de Paris, c'est à tort qu'on considère les œdèmes et l'albuminurie comme deux signes de premier ordre de cette affection.

Voici par exemple, dit-il, un malade atteint de convulsions épileptiformes. On a quelque raison de soupçonner chez lui l'existence d'une néphrite; on examine ses urines, contiennent-elles de l'albumine? Non. On rejette alors l'hypothèse de mal de Bright.

Or, il cherche à établir que l'albuminurie n'a qu'une valeur secondaire dans le diagnostic, qu'elle est un signe inconstant, infidèle et trompeur; dans une soixantaine d'observations de maladies de Bright, recueillies dans son service, l'albuminurie manquait dans un

quart des cas environ, au moins à une certaine période de l'affection, et un certain nombre de ces observations ont été suivies d'autopsie.

D'autre part, en face d'un albuminurique, il faut bien se garder de porter en l'absence d'autres signes, le diagnostic de mal de Bright, car certains albuminuriques ne sont et ne seront jamais brightiques.

Dieulafoy décrit sous le nom de petits accidents du brightisme les signes qui permettent de reconnaître les phases initiales de la maladie et qui ont surtout de l'importance quand l'albuminurie, qui constitue assurément un appoint sérieux au diagnostic, fait défaut.

Ce sont d'abord les *troubles auditifs* qui passent souvent inaperçus (sifflements, bourdonnements, dureté de l'ouïe) ; leur fréquence est telle que l'auteur les a constatés 34 fois sur 60.

Les *épistaxis matutinales*, peu abondantes, se répétant tous les jours, pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, sont consignées 34 fois sur 60 observations.

C'est ensuite le *vertige*, les phénomènes du *doigt mort*, localisé à quelques doigts pour les deux mains, rarement à tous, durant quelques minutes à un quart d'heure. Ce symptôme appartient à toutes les époques du mal de Bright.

Les *démangeaisons*, non moins importantes, attirent l'attention par leur ténacité.

Les *envies fréquentes d'uriner*, la pollakiurie, est un signe commun, confondu à tort, avec la polyurie, car s'il y a des malades qui urinent souvent et beaucoup, il y en a d'autres (les vrais pollakiuriques), qui urinent souvent et peu.

A signaler encore l'*impressionnabilité exagérée au froid* — elle existe surtout aux membres inférieurs, aux genoux, aux mollets et aux pieds — les *flexuosités de la temporale*, les *crampes dans les mollets*, fort douloureuses, survenant la nuit, réveillant les malades. C'est un des accidents les plus constants. L'auteur l'a observé 46 fois sur 60 observations.

Enfin *la secousse dite électrique*. Voici en quoi consiste ce symptôme : au moment où le malade va s'endormir, ou est endormi, il est réveillé brusquement par une secousse unique, violente, comparable à une décharge électrique, véritable convulsion clonique. C'est en somme, de l'urémie convulsive, en raccourci. Ce symptôme est noté 25 fois sur 60.

Ce sont ces petits accidents du brightisme qui, à défaut des œdèmes et de l'albuminurie, permettront de faire le diagnostic du mal de Bright. Isolés, ils ont peut-être peu de valeur ; groupés, ils imposent le diagnostic.

A plus forte raison, les petits accidents prennent une grande importance lorsqu'ils coexistent avec les œdèmes et l'albuminurie.

Comme conclusion à son étude, l'auteur insiste sur les particularités suivantes qu'il est bon de retenir en pratique :

1° Ce qui domine la situation dans la maladie de Bright, à toutes ses phases, ce qui crée le danger, ce n'est pas ce qui passe au travers des reins, c'est ce qui ne passe pas. Ce n'est pas parce que les reins laissent passer tous les jours quelques centigrammes ou quelques grammes d'albumine qu'il y a danger ; le danger vient de ce que les reins altérés ne laissent plus passer en quantité voulue les éléments de dépuration qui constituent la sécrétion urinaire normale.

2° La constatation du brightisme n'implique pas fatalement un pronostic grave pour l'avenir. Fort heureusement, bien des gens, des syphilitiques, des goutteux, des chlorotiques, sont entachés de brightisme sans arriver fatalement aux grands accidents urémiques.

3° L'albuminurie ne doit être notre guide ni dans le pronostic, ni dans le traitement du mal de Bright. Au point de vue du *pronostic*, ce ne sont pas les gens qui ont les urines les plus albumineuses qui sont les plus gravement compromis ; on peut être fort malade avec peu d'albumine, avec pas d'albumine du tout. L.

TRAITEMENT DE LA NÉVRALGIE FACIALE.

La névralgie faciale – on ne saurait trop insister sur cette particularité — est le plus souvent symptomatique de la carie dentaire et cède rapidement et facilement à la suppression de la cause.

Il existe cependant des névralgies essentielles du trijumeau ou plutôt des névralgies dues à d'autres causes d'origine périphérique ou centrale : l'histoire est banale des personnes qui se sont fait enlever successivement toutes les dents sans éprouver le moindre soulagement.

Contre ces névralgies, de cause inconnue ou obscure, il y a quelques moyens en majeure partie empiriques, que nous avons déjà signalés pour la plupart et que nous jugeons à propos de récapituler.

1° *Le sel de cuisine introduit dans la narine du côté atteint* sous forme de prise ou au moyen d'un insufflateur. Leslie a publié 40 cas de succès obtenus par cette simple pratique.

1° *L'élévation de l'os hyoïde et du larynx*, pratiquée avec les deux pouces soulevant les grandes cornes de l'os hyoïde ; l'élévation est maintenue pendant 60 à 90 secondes : Naegely a traité avec succès par cette méthode plus de 50 cas : selon lui, il suffit souvent d'une seule séance pour faire disparaître complètement la douleur.

3° *La réfrigération de la région innervée par le nerf*, obtenue avec l'éther ou mieux avec le coryl ou le chlorure de méthyle et poussée jusqu'à la congélation : un moyen excellent dont nous avons

suffisamment entretenu les lecteurs de la *Revue* et que nous sommes en droit de recommander d'après notre expérience.

4° *La section ou la cautérisation de l'hélix*, un procédé mis systématiquement en usage par certains empiriques et qui nous a valu plus d'une fois un succès remarquable.

5° *L'emploi systématique de la méthode évacuante* selon la pratique du dr Gussenbauer qui a ainsi obtenu 33 guérisons avérées : ce qui prouve que la névralgie du trijumeau est fréquemment liée, comme symptôme réflexe, à la constipation habituelle.

Outre les purgatifs, particulièrement l'huile de ricin et les eaux minérales purgatives, les irrigations abondantes et froides du gros intestin, le massage du ventre et les pratiques de l'hydrothérapie sont les moyens mis en usage concurremment avec le régime.

6° *Les injections sous-cutanées de phosphate de soude*, un moyen nouveau auquel le dr Glorieux a eu recours par hasard et qui lui a valu, d'après ce qu'il rapporte, des succès inespérés.

La première malade à laquelle il a appliqué ce mode de traitement, souffrante depuis deux ans, fut complètement guérie; à la suite de ce succès, il continua à traiter par les injections de phosphate de soude tous les cas de névralgie du trijumeau qu'il a observés et sur 10 cas traités, il obtint sept fois un excellent résultat.

Il a employé la formule, donnée par le dr Crocq fils pour les injections à pratiquer contre la neurasthénie en lieu et place des injections de substance nerveuse :

Phosphate de soude	2 grammes.
Eau de laurier-cerise	100 grammes.

Il injecte le premier jour 1 centimètre cube de cette solution et il augmente graduellement pour arriver à 3 centimètres cubes le quatrième jour et les jours suivants jusqu'à la guérison complète.

A cette dose le médicament est parfaitement toléré ; jamais il n'est survenu de gonflement ni d'abcès. Certaines personnes, plus sensibles, accusent une douleur assez vive à l'endroit de la piqûre, alors que d'autres supportent l'injection sans accuser la moindre souffrance.

Le dr Glorieux ne méconnaît pas que la forme même du traitement, la suggestion par la seringue, peuvent jouer un certain rôle dans le résultat obtenu.

7° Enfin *l'incision ou la résection du nerf*, un moyen qu'on réserve aux cas de névralgie qui ont résisté à tous les autres moyens.

Les procédés de section ou de résection des diverses branches périphériques du trijumeau sont suffisamment connus pour que nous n'y insistions pas, mais ils sont loin de donner constamment une guérison définitive ou même une amélioration temporaire, ce qui est aisé à

concevoir, car le siège de la compression ou de la lésion peut se trouver située plus haut sur le trajet du nerf.

Aussi n'a-t-on pas craint de pénétrer jusque dans la boite crânienne, soit pour extraire le ganglion de Gasser qui paraît jouer un rôle important dans ces névralgies, soit pour réséquer le nerf à son origine.

Krause en Allemagne et Doyen de Reims ont publié la relation détaillée d'opérations de cette nature, et chaque fois le succès a couronné cette tentative que l'on ne pourra qualifier de téméraire, étant donné l'assurance que procure aux chirurgiens la méthode antiseptique d'une part, et d'autre part, l'épouvantable supplice qu'endurent les malades atteints de névralgies du trijumeau.

Voici en deux mots la relation de l'une des opérations — la plus complète — pratiquée par Krause :

Il s'agissait d'une femme de soixante-huit ans, affligée depuis vingt ans de violentes douleurs névralgiques dans le nerf trijumeau gauche. On avait fait d'abord la résection du nerf dentaire inférieur, puis celle de la troisième branche à sa sortie de la base du crâne. Enfin Krause résolut de poursuivre le trijumeau aussi loin que les moyens chirurgicaux le permettraient.

Il fit d'abord au ciseau un orifice dans l'écaille du temporal ; puis s'avançant entre la dure-mère et la base crânienne, il parvint dans la fosse cérébrale moyenne jusqu'à ce que l'artère méningée moyenne, puis les nerfs maxillaires inférieur et supérieur à leur sortie du ganglion de Gasser, fussent mis à découvert.

L'artère méningée moyenne fut sectionnée entre deux ligatures. Pour isoler le ganglion de Gasser de la dure-mère, il fallut détacher quelques tractus fibreux avec la pointe des ciseaux. Une fois les parties ainsi isolées, les seconde et troisième branches du trijumeau furent sectionnées aussi bas que possible dans les trous rond et ovale avec la pointe d'un ténotome. Le ganglion de Gasser fut saisi avec la pince de Thiersch et arraché avec le bout central du trijumeau ; le fragment de trijumeau enlevé ainsi mesurait 2 centimèt.,2, c'est-à-dire la longueur du nerf entre le ganglion et la protubérance.

Les suites de l'opération furent excellentes ; le soir même de l'opération les douleurs névralgiques avaient disparu et elles ne se sont pas remontrées.

Il ne s'est fait aucun trouble trophique, aucune ulcération, tant de la peau que des muqueuses, dans la zone du nerf et du ganglion enlevés. L.

TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPÈLE.

Nous jugeons utile de donner quelques détails complémentaires sur

le traitement de l'érysipèle que nous avons recommandé dans l'avant dernier numéro de la *Revue*.

Rappelons que c'est la compression, combinée avec l'emploi de l'ichtyol, qui paraît avoir donné les meilleurs résultats.

La compression peut d'abord être exercée au moyen de collodion, ou mieux encore de traumaticine ; elle s'applique non pas sur les parties envahies, suivant l'ancien procédé, mais bien à quelque distance pour arrêter l'affection dans sa marche ; puisqu'il s'agit d'une simple action mécanique, il est superflu d'adjoindre une substance médicamenteuse.

M. Juhel-Rénoy combine néanmoins l'ichtyol et la compression; il se sert de la formule suivante :

Gutta-percha Chloroforme	āā 25 grammes.
Ichtyol	25 —

M. Juhel-Rénoy circonscrit la plaque d'érysipèle d'une zône de cette solution sirupeuse pour mettre une barrière à son invasion ; il applique sur la plaque elle-même une pommade, formée en parties égales de vaseline et d'ichtyol.

M. Hallopeau ayant été atteint d'un érysipèle a essayé sur lui-même ce traitement et a déclaré avoir été guéri après trois jours de maladie.

La douleur provoquée par la médication, déclare-t-il, est très supportable et passagère ; le principal inconvénient consiste après l'application en la coloration du visage, qui donne au malade l'aspect de Maure d'opéra comique. Quel est le mécanisme de l'action de cette médication ? On peut invoquer la compression, la stricture vasculaire, produite par l'ichtyol, son énergique pouvoir réducteur qui rend le derme impropre au développement des streptocoques aérobies, enfin une action directe sur les microbes. Quoi qu'il en soit, d'après Hallopeau, nous sommes aujourd'hui, grâce à Unna et à M. Juhel-Rénoy, en possession d'une médication, qui permet dans la plupart des cas d'enrayer en 24 et 48 heures l'érysipèle à toute période de son évolution ; un progrès important se trouve ainsi réalisé.

La compression par les bandelettes de sparadrap a été d'autre part recommandée de nouveau par le prof. Wölfler; il l'a mise en usage non seulement contre l'érysipèle des membres, mais contre l'érysipèle du tronc, de la face et même du cuir chevelu. Dans ce dernier cas, on rase au préalable le lieu d'application.

Il faut veiller à ce que les bandelettes forment un cercle complet et à ce qu'elles ne se relâchent pas; en outre, afin d'éviter la récidive, il ne faut pas les enlever de trop bonne heure, mais attendre quatre à cinq jours après la cessation de la fièvre et la disparition de la rougeur.

Les résultats publiés par Wölfler sont très favorables, notamment en ce qui concerne les érysipèles de la face. L.

PROPHYLAXIE DES INFECTIONS OMBILICALES CHEZ LE NOUVEAU-NÉ.

D'après une série d'observations que nous avons dernièrement résumées, le pansement du cordon ombilical à l'aide de simples poudres absorbantes serait celui qui donnerait les meilleurs résultats au point de vue de la rapidité et de la bénignité de la cicatrisation.

La question était résolue d'une manière purement empirique; le dr Gobilovici a cherché à la résoudre dans sa thèse inaugurale en étudiant au préalable la nature des infections ombilicales.

D'après ses recherches, il faut distinguer deux catégories de cas bien distinctes :

1° Chez la plupart des enfants, même bien soignés, il se produit une légère suppuration au niveau du sillon de séparation et plus tard sur la plaie ombilicale; dans le pus recueilli, on trouve deux microbes pathogènes. le staphylocoque blanc et le coli-bacille.

Mais ces petites affections locales n'ont en général pas de suites fâcheuses chez les enfants robustes. et la cicatrisation ombilicale n'en est pas notablement retardée; chez les enfants faibles, il peut se produire néanmoins quelques symptômes généraux d'infection.

2° Quand il survient une infection ombilicale de nature grave, c'est presque toujours le streptocoque qu'il faut accuser. C'est donc à éviter la présence de ce microbe qu'il faut s'attacher, avant tout; on y arrive surtout par une asepsie rigoureuse.

Voici la pratique à laquelle l'auteur s'est arrêté :

Avoir soin après le lavage de l'enfant, d'aseptiser le cordon et la région périombilicale dans un rayon de 6 à 8 centimètres au moyen de lavages antiseptiques rigoureux.

Ceci fait, passer le cordon par un orifice préalablement fait à une compresse stérilisée et doublée. Coucher le cordon, en le relevant sur la région épigastrique, de manière à ce qu'il ne puisse être souillé par les matières fécales et le recouvrir d'une seconde compresse stérilisée. Poser sur le tout une couche de ouate au biiodure de mercure et maintenir le tout en place par un bandage de corps.

Ce pansement ne doit être changé que le cinquième jour. On place alors un second pansement, absolument semblable au premier, qui doit rester en place jusqu'à cicatrisation complète, c'est-à-dire au dixième ou douzième jour.

La preuve de l'excellence de ce pansement a été fournie par les examens bactériologiques de la sérosité du sillon de séparation du cordon Dans tous les cas où le pansement a été appliqué, cette sérosité était stérile.

D'après Lvow, le pansement idéal serait celui qui, tout en ne

retardant pas la chute du cordon, exercerait cependant une action antiseptique suffisante pour écarter tout danger d'infection.

Selon lui, la glycérine serait précisément la substance capable de réaliser ce double but par son action à la fois antiseptique et siccative ; elle dessèche. momifie le cordon et amène sa chute le quatrième ou au plus tard le cinquième jour.

Il conseille la pratique suivante dont il a constaté les excellents résultats sur plus de 500 nouveau-nés :

Le cordon lié et coupé, on sèche le moignon avec du coton hydrophile, puis on le recouvre hermétiquement d'une fine couche de coton légèrement imbibé de glycérine pure et on applique par-dessus quelques tours de bande de tarlatane. Ce pansement est laissé en place jusqu'à la chute du cordon, c'est-à-dire jusqu'au quatrième ou cinquième jour.

On obtient ainsi, après la chute du cordon, une plaie d'excellent aspect, qui ne sécrète pas et n'est pas entourée de rougeur inflammatoire. La cicatrisation est complète en neuf à dix jours, sous le pansement au sous-nitrate de bismuth ou à la poudre de talc.

L.

UN BON SIGNE DES PRÉSENTATIONS DU SIÈGE.

D'après le prof. Pinard, lorsque, chez une femme ayant dépassé le sixième mois de la grossesse, on porte la main sur le fond de la matrice, on provoque parfois une sensation de vive douleur.

Dans ces cas, on peut presque affirmer qu'il s'agit d'une présentation du siège.

Il existe donc au fond de l'utérus une douleur provoquée, quelquefois spontanée, plus ou moins caractéristique de la présentation du siège.

Pour expliquer cette douleur, il faut remarquer que la présence de la tête est nécessaire pour la déterminer ; elle disparaît, en effet, chaque fois qu'on a changé la tête de position en pratiquant la version ; dès lors, on peut conclure, avec le prof. Pinard, que, lorsque la tête est en haut, cette masse arrondie, plus volumineuse que toutes les autres parties fœtales, distend d'une façon irrégulière le segment supérieur de la paroi utérine et provoque la douleur.

Certaines conditions peuvent modifier l'intensité de la douleur provoquée : le volume de la tête, la quantité du liquide amniotique, la flaccidité des parois utérines.

En outre, le phénomène ne se produit pas toujours, mais, comme il existe 70 fois sur 100, il présente néanmoins une grande importance au point de vue du diagnostic des présentations du siège. L.

LE THIOL DANS LES BRULURES.

Le thiol est un produit sulfureux qui se trouve dans le commerce sous deux formes : à l'état liquide et à l'état solide ; à l'état solide, il représente une poudre brune qui par l'addition d'eau passe rapidement à la forme liquide.

Le d[r] Bidder attribue au thiol des propriétés remarquables qui le rendent vraiment précieux pour le traitement des brûlures.

Pour les brûlures du premier degré, et même pour celles du second degré, lorsque les bulles sont restées intactes, il suffit, d'après lui, de badigeonner les parties atteintes et le voisinage avec le thiol liquide, mêlé à l'eau en parties égales et de les recouvrir d'une légère couche d'ouate fixée par une bande ; sous ce pansement les douleurs disparaîtraient rapidement, et le mouvement inflammatoire serait très éphémère ; le contenu des vésicules se résorbe ou se dessèche, et à l'enlèvement du pansement — qui ne doit pas avoir lieu avant 8 jours — on trouverait une surface sèche, recouverte déjà en partie d'une nouvelle couche d'épiderme.

Lorsque les vésicules sont ouvertes, on fait précéder le badigeonnage au thiol d'une irrigation avec une légère solution de sublimé ; le badigeonnage peut alors aussi être remplacé par l'application du thiol pulvérulent, de la poudre boriquée ou salicylée.

Dans les brûlures au troisième degré, les avantages du thiol ne seraient pas moins appréciables : ses propriétés anesthésiques sur le tissu de granulation seraient particulièrement précieuses ; le remède réduirait du reste sensiblement le développement des bourgeons, et préparerait dans la plupart des cas la guérison sous-crustacée.

Après irrigation comme plus haut, on applique pour les brûlures du troisième degré, soit le thiol à l'état pulvérulent exclusivement, soit le thiol conjointement avec la poudre boriquée ou salicylée ; la cicatrisation se fait sous un ou deux pansements seulement.

Reste à savoir si le thyol vaut mieux que les pommades à l'iodoforme, à l'acide borique, ou même au salol, que le sous-nitrate de bismuth ou la glycérine, ou encore que le liniment oléo-calcaire pour récapituler les topiques les plus en usage actuellement dans le pansement des brûlures. L.

TRAITEMENT DE L'ATTAQUE D'ÉCLAMPSIE INFANTILE.

Voici, exposée d'une manière succincte, la conduite que le d[r] Jules Simon conseille aux praticiens de suivre en présence d'une attaque de convulsions infantiles

1° Dégager le tube digestif soit par un lavement, soit par des titillations de la luette provocatrices de vomissements ;

2° Si l'attaque continue : inhalations d'éther ou de chloroforme sur un mouchoir ;

2° Administrer par cuillerées dans les vingt-quatre heures ou en lavements, à défaut de la voie buccale, la potion antispamodiques ainsi formulée :

Hydrate de chloral Bromure de potassium	à 1 gramme.
Sirop de codéine	10 gouttes.
Teinture de musc Alcoolature de racine d'aconit	à 10 gouttes.
Eau de fleurs d'oranger	10 grammes.

4° Dans le cas d'une attaque grave et prolongée, bain tiède donné par le médecin et révulsion sur la nuque ou au besoin sur l'épigastre par un vésicatoire de petites dimensions et laissé en place trois heures seulement. Cet emplâtre doit être appliqué avec les précautions antiseptiques convenables et remplacé dès le début de la vésication par un cataplasme. L.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

—

Séance du 27 mai 1893.

— *M. Soupart*, exprime ses remerciements pour les paroles élogieuses qui lui ont été adressées à l'occasion d'une distinction qui lui a été accordée récemment. Cette démonstration lui est d'autant plus chère qu'il la considère comme la confirmation de l'adhésion donnée par l'Académie, il y a une cinquantaine d'années, à ses premiers travaux scientifiques. *(Applaudissements.)*

— *M. le Président* adresse des félicitations à M. Willems pour sa promotion au grade de commandeur de l'Ordre de Léopold. Son nom, grâce à sa découverte, brillera dans l'avenir à côté des plus illustres. *(Applaudissements.)*

— *M. Willems* remercie M. le Président : c'est grâce aux encouragements de la Compagnie qu'il a poursuivi ses travaux et qu'il arrive au succès que l'on applaudit aujourdhui. *(Applaudissements).*

Rapport de la Commission à laquelle a été envoyée la proposition de M. Depaire tendant à demander à la législature que les lois concernant l'exercice de l'art de guérir soient appliquées par des tribunaux médicaux. — M. Gallez, Rapporteur.

Les Commissions médicales ont signalé à diverses reprises, dans leurs rapports annuels, le peu de résultats obtenus à la suite des plaintes qu'elles ont adressées aux parquets, soit à cause d'une interprétation erronée des lois sur la matière, soit à raison de l'inertie des corps judiciaires.

L'auteur de la proposition estime que les infractions aux lois sur l'art de guérir devraient, de même que les affaires commerciales jugées par les tribunaux de commerce, être soumises à des tribunaux spéciaux composés de médecins, de pharmaciens et de vétérinaires. Certains membres de la Commission, chargés de l'examen de cette proposition, partagent la manière de voir de son auteur ; ils ont même décidé de soumettre à l'Académie une série de dispositions qui pourront servir de base à formuler une loi.

— Ces dispositions sont prises en considération, et l'Académie décide qu'elles feront partie de la discussion ouverte sur la limitation, en Belgique, du nombre des officines.

Rapport de la Commission à laquelle a été renvoyé l'examen du mémoire de M. le dr Gallemaerts, à Bruxelles, intitulé : *Du traitement des affections oculaires par les injections sous-conjonctivales*. — M. Venneman, Rapporteur.

La mémoire de M. Gallemaerts est un document important pour l'étude de cette méthode nouvelle. Avec les publications de Segondi, Darier et d'autres, il servira à en déterminer les indications et contre-indications. Sur 131 cas recueillis à la clinique de M. Coppez, avec 88 succès, il n'y a que 2 observations d'irido-choroïdite dans lesquelles la vision devint plus mauvaise après les injections. Sauf l'iritis syphilitique aiguë, toutes les inflammations du globe, et surtout les inflammations chroniques, bénéficient largement des injections de sublimé. Les hémorrhagies de la rétine et du corps vitré, et plus encore les atrophies du nerf optique, demeurent rebelles au traitement. Les injections de sublimé arrêtent la suppuration dans le segment antérieur de l'œil ou la préviennent dans les cas de traumatisme quand l'infection est pour ainsi dire inévitable. L'iodure de potassium, à la dose de quelques milligrammes, trouve une indication spéciale dans les cas de vascularisation gênante de la cornée.

La Commission propose d'adresser des remerciements à l'auteur et de publier son mémoire dans le *Bulletin* de l'Académie.

— Ces conclusions sont adoptées.

1. Suite de la discussion relative à la limitation, en Belgique, du nombres des pharmacies.

D'aprè *M. Gille* les raisons invoquées contre la mesure proposée sont en dehors de l'exercice de l'art de guérir, de l'intérêt des malades et de la santé publique

Depuis plusieurs années, il y a encombrement ; mais la loi de 1890 sur la collation des grades académiques a mis un frein à cette production excessive, et la limitation amènerait un nouvelle réduction d'élèves sur les bancs de nos écoles. La suppression du cumul serait également une bonne mesure.

Il pense que les abus, en Allemagne, doivent être infiniment moindres que là où n'existe pas la limitation. M. Gille rappelle un article du projet de la loi élaboré en 1867 par la Fédération médicale belge et l'Association générale pharmaceutique, stipulant qu' « aucun pharmacien ne peut s'établir dans une ville ou une commune sans avoir

obtenu préalablement l'autorisation du Gouvernement. Le Gouvernement accorde ou refuse l'autorisation, après avoir consulté la Députation du Conseil provincial et la Commission médicale de la province. »

Depuis l'émission de ce vœu en 1867, la question a fait le sujet de nombreuses réunions du corps médical et du corps pharmaceutique belges, et les idées à cet égard sont restées les mêmes. L'orateur croit que l'on pourrait trouver des garanties sérieuses dans la création d'une pharmacie centrale dans le genre de celle qui existe pour l'armée.

M. Blas est convaincu que le système de la limitation des officines ne saurait s'adapter aux mœurs en Belgique.

Il est vrai que la limitation a produit de bons effets dans certains pays, mais on ne pense pas assez à ses nombreux inconvénients. Ceux-ci sont cependant tels qu'en Allemagne on a déjà été sur le point de supprimer la loi qui consacre ce privilège.

Un des grands inconvénients est la réglementation sans fin qu'entraîne l'adoption de ce monopole en faveur des pharmaciens

M. Blas doute qu'il se trouve un gouvernement qui veuille tenter cette innovation en Belgique ; il croit que les pharmaciens eux-mêmes n'en voudraient pas, et il constate que ni chez eux, ni dans le public aucun mouvement dans ce sens ne s'est produit.

Aussi est-il à craindre qu'en demandant au Gouvernement une loi de limitation des officines, l'Académie émette un vœu stérile et enterre ainsi toute la question.

M. Blas est persuadé que la nouvelle loi sur l'enseignement supérieur ne tardera pas à produire un effet favorable au point de vue de la considération sociale et de l'amélioration de la position matérielle des pharmaciens. Les nouvelles branches qu'on leur enseigne les désigneront presque exclusivement pour s'occuper de la question des denrées alimentaires, de toxicologie et de certaines parties de l'hygiène publique ; il suffirait que le Gouvernement veuille se rappeler cette situation lors des nominations d'inspecteurs et de la désignation des laboratoires chargés de l'analyse des denrées alimentaires, etc.

Enfin, pour relever la pharmacie, il faudrait encore : une meilleure organisation sur la surveillance des pharmacies ; la révision des lois et règlements relatifs notamment aux spécialités et aux prête-noms ; la suppression du diplôme de droguiste et le vote de la loi sur le cumul.

M. Blas formule dans ce sens des vœux qu'il voudrait voir présenter au Gouvernement par l'Académie.

M. Kuborn dit que les différentes propositions contenues dans le rapport de M. Gallez lui semblent impraticables, car ce serait faire un pas en arrière que d'instituer des tribunaux médicaux. Il se réserve de prendre la parole au sujet de cette proposition.

— La discussion sera continuée dans la prochaine séance.

2. Discussion sur les communications relatives au choléra.

M. Van Ermengem prononce un discours qui paraîtra au *Bulletin*.

VARIÉTÉS.

Résistance remarquable des chèvres aux effets de la morphine. D'après une note de M. Guinard à l'Académie des sciences, la morphine qui, à bon droit, est considérée comme un modificateur cérébral, semble, chez la chèvre, avoir perdu cette propriété et ne paraît pas avoir de prise, en tant que narcotique, sur le cerveau de cet animal.

On constate en effet chez elle, avec les doses les plus élevées, l'absence de troubles psychiques et la conservation des fonctions du cerveau ; ce fait est d'autant plus remarquable que les chèvres sont des animaux à intelligence supérieure. En outre, la dose de morphine toxique pour la chèvre est très élevée ; ainsi, en prenant comme proportion moyenne, pour un homme de 65 kg, non accoutumé, la dose hypnotique de 0 gr. 02, on peut voir que les chèvres dont il a été question plus haut, ont reçu, sans trop de gêne, le total des doses pouvant faire dormir 400 hommes dans un cas, 425 dans l'autre et 975 dans le troisième.

On peut dire que la chèvre supporte, à poids égal, une quantité de morphine mille fois plus considérable que l'homme.

—

Empoisonnement saturnin produit par le séjour d'une balle dans les tissus. Le dr Küster a rapporté dans les archives de Langenbeck le fait remarquable suivant : un soldat à la suite d'un coup de feu, avait conservé une balle dans l'extrémité supérieure du tibia ; la plaie s'était cicatrisée parfaitement, et, à part une légère raideur du genou, il ne se passa rien d'anormal pendant 17 ans et demi.

A cette époque, survinrent les divers phénomènes morbides caractéristiques du saturnisme chronique : anémie, coliques, constipation, liseré des gencives, tremblement des mains, etc. ; l'analyse des urines y décélait du reste la présence du plomb.

Lors de l'opération pratiquée pour extraire le projectile, on trouva des particules du métal réparties çà et là dans le tissu osseux et le périoste ; à dater de ce moment, les symptômes du saturnisme rétrocédèrent graduellement.

Quelques faits analogues sont du reste consignés dans la science ; mais on manque encore de raisons satisfaisantes pour expliquer l'apparition si tardive des accidents. L.

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE.
(Suite.)

C. *Traitement externe de la forme aiguë.*

Ainsi que nous l'avons vu, le traitement ancien ou méthodique de la blennorrhagie était basé essentiellement sur les prescriptions hygiéniques et diététiques et sur l'administration des balsamiques; les injections uréthrales, auxquelles on avait recours timidement, tout au déclin de la maladie, n'étaient guère dirigées contre l'inflammation spécifique : elles ne mettaient à contribution que les astringents, d'un usage banal contre les catarrhes des muqueuses.

Le traitement moderne de la blennorrhagie repose au contraire sur l'emploi des injections, pratiquées systématiquement dès le début et destinées à agir, non plus comme autrefois sur certains phénomènes morbides, mais sur la cause elle-même de l'affection.

C'est le *traitement antiseptique*, qui peut être considéré comme le traitement rationnel de la blennorrhagie; le gonocoque une fois découvert, on devait naturellement songer à diriger contre lui, sur un endroit aussi facilement accessible que l'urèthre, tout l'arsenal des agents antiseptiques dont les épreuves bactériologiques et l'expérimentation clinique avaient démontré la puissance.

Contre une maladie aussi manifestement locale et aussi incontestablement infectieuse que l'est la blennorrhagie, la supériorité d'un traitement antiseptique local sur le traitement général, hygiénique et médicamenteux à la fois, apparaît a priori incontestable; elle est encore loin cependant d'être incontestée.

Je ne parlerai guère du reproche qu'on a fait aux injections de provoquer des rétrécissements plus facilement que l'ancien traitement; à la concentration requise, il n'y a pas une substance utilisée en injections qui soit capable de compromettre à un degré quelconque l'intégrité de la muqueuse uréthrale; au surplus, on sait maintenant que c'est la longue durée de l'inflammation, à elle seule, qui prépare les rétrécissements, et à ce compte, le traitement local a plutôt l'avantage

de les prévenir, en guérissant les blennorrhagies chroniques, pour la plupart réfractaires à l'hygiène et aux balsamiques.

On a encore prétendu que les irrigations, en refoulant les produits morbides dans les profondeurs de l'urèthre, exposaient davantage aux complications habituelles de l'uréthrite postérieure : épididymite, prostatite, cystite ; l'expérience a répondu victorieusement à cette objection.

C'est même tout le contraire qui arrive et, à cet égard, mes observations personnelles sont complètement démonstratives ; elles m'autorisent à dire que le traitement local bien conduit permet d'éviter à peu près à coup sûr les complications dont il s'agit ; je ne les ai guère observées que chez les sujets qui avaient été soumis au traitement par les balsamiques ou qui avaient reçu, le plus souvent des mains d'un pharmacien, une solution anodine quelconque pour pratiquer les injections.

Il n'y a que les injections faites sans précaution ou faites avec des liquides mal appropriés au but poursuivi, par exemple, les injections simplement astringentes, non bactéricides, qui peuvent en effet favoriser le développement d'une épididymite ou d'une cystite.

Le plus grave reproche qu'on ait fait aux injections et que j'ai déjà rencontré, c'est de favoriser le passage de la blennorrhagie à la forme chronique ; je crois positivement que le traitement local, conduit d'une manière intempestive, est plus nuisible qu'utile, en ce sens qu'il contrarie la réaction physiologique, — salutaire, ai-je dit, — de l'urèthre infecté, qu'il expose à des lésions de la muqueuse ou au moins qu'il affaiblit la vitalité de ses cellules.

N'avons-nous pas dit que l'injection au nitrate d'argent ou au sublimé est utilisée pour déceler la nature des écoulements chroniques de l'urèthre, parce qu'elle a le privilège de provoquer la repullulation du gonocoque ?

Mais il s'agit ici des effets d'une injection unique. Les injections convenablement choisies et pratiquées avec persévérance ont des effets tout différents ; au point de vue palliatif, elles ont le mérite d'atténuer les phénomènes inflammatoires et de supprimer rapidement les deux symptômes les plus pénibles, la douleur et l'écoulement ; ces avantages valent la peine d'être appréciés et je ne pense pas qu'un sujet,

guéri d'une première blennorrhagie par les injections, se résigne volontiers, à l'occasion d'une seconde infection, à laisser couler sa blennorrhagie et à subir tous les inconvénients de l'ancien traitement.

Comme effets curatifs, il faut bien le dire, le traitement antiseptique de la blennorrhagie n'a pas répondu aux espérances qu'on était en droit de fonder sur lui ; on a expérimenté l'un après l'autre les antiseptiques les plus énergiques, à la recherche d'un spécifique capable de couper court à la maladie, sans l'avoir trouvé, et, les premiers moments d'enthousiasme passés, l'ancien traitement a repris faveur auprès d'un certain nombre de praticiens. Sans doute, comme je le disais tout à l'heure, les injections antiseptiques réduisent à un minimum les manifestations de la maladie, mais souvent la guérison ne vient pas et l'écoulement reparaît dès que les injections sont abandonnées.

D'où vient que la pratique n'a pas donné sous ce rapport les résultats que la théorie faisait prévoir ?

Tout simplement de ce que le mode d'application du traitement local est le plus souvent défectueux.

Pour réaliser l'antisepsie de l'urèthre, il faut que le liquide injecté arrive sur tous les points de la muqueuse malade et atteigne tous les gonocoques qui s'y trouvent ; ce n'est pas aussi facile à obtenir qu'on se l'imagine, dans un canal dont la lumière est effacée et qu'il faut déplisser au préalable, dont la surface présente de nombreux cryptes glandulaires obstrués de muco-pus.

Ajoutons à cela que les gonocoques sont en quelque sorte infiltrés dans l'épaisseur de la muqueuse, si bien qu'ils échappent facilement à l'action des topiques, si on ne provoque une exfoliation des couches épithéliales superficielles.

Rien d'étonnant après cela qu'une médication en principe si parfaite soit encore souvent en défaut, mais je montrerai que les perfectionnements récents introduits dans l'application de la méthode permettent d'obtenir à coup sûr pour ainsi dire la guérison radicale de la blennorrhagie en un temps très court ; je n'ai pas besoin d'en dire davantage pour légitimer mes préférences pour le traitement local de la blennorrhagie aiguë.

Le traitement externe de la blennorrhagie aiguë comprend les

injections et les irrigations ou lavages de l'urèthre au moyen de solutions médicamenteuses.

Pour faciliter le contact des substances antiseptiques avec la muqueuse ou emporter les lamelles épithéliales infectées, Welander a proposé de frotter énergiquement et à plusieurs reprises la face interne de l'urèthre avec des tampons d'ouate, Huguet d'introduire dans le canal un écouvillon en crin, semblable à ceux dont on se sert pour nettoyer les pipes, et de l'y faire tourner à la manière d'une vis !

Je n'ai pas besoin de dire que ces moyens violents ne se sont pas vulgarisés et ne sont pas à recommander.

Nous avons donc à choisir entre les injections et les lavages de l'urèthre.

Les injections servent à pousser dans l'urèthre sous une faible tension une quantité très minime de liquide, équivalant à la capacité du canal, qui y est conservée pendant quelques instants; les lavages font passer chaque fois dans le canal à forte tension une grande quantité de liquide, qui se renouvelle sans cesse, sous forme de courant.

Les injections vulgaires — c'est-à-dire les injections pratiquées avec la seringue uréthrale dont le bec est introduit dans le méat — *n'atteignent que l'urèthre antérieur*; dans l'immense majorité des cas, la pression du liquide n'est pas assez forte en effet, pour vaincre la résistance qu'oppose le sphyncter de la portion membraneuse à la pénétration dans l'urèthe postérieur.

C'est là le défaut capital des injections, et, si je rappelle que, d'après les recherches les plus récentes, la blennorrhagie se propage de bonne heure et très fréquemment à l'urèthre postérieur, on ne s'étonnera pas qu'elles ne soient pas plus souvent efficaces ; elles ont beau guérir l'urèthre antérieur, il se réinfecte constamment par les gonocoques que l'urine lui amène de l'urèthre postérieur, s'il est infecté.

Au contraire, *les irrigations permettent d'agir indifféremment sur l'urèthre antérieur et sur l'urèthre postérieur;* cette circonstance suffit à établir la supériorité incontestable des irrigations sur les injections dans le traitement de la blennorrhagie.

Mais ce n'est pas tout : *même contre l'uréthrite antérieure, les injections sont bien moins efficaces que les irrigations, parce qu'elles atteignent plus difficilement toutes les surfaces malades ;* le liquide

poussé lentement et faiblement par la seringue déplisse incomplètement l'urèthre ; souvent, il ne parvient pas jusqu'au cul-de sac du bulbe, siège important de l'infection, et il laisse la plupart des orifices glandulaires obstrués par le pus, tandis que le courant de l'irrigation balaie l'urèthre complètement, le distend à son maximum et pénètre dans toutes les inégalités de sa surface.

S'il ne fallait tenir compte des exigences de la pratique journalière, il faudrait vraiment proscrire les injections de la thérapeutique de la blennorrhagie.

Malheureusement, *tandis que les injections peuvent être confiées aux malades, les lavages réclament presque nécessairement l'intervention du médecin* ; c'est un inconvénient sérieux, qui empêchera les lavages de l'urèthre de se vulgariser aussi rapidement et aussi complètement qu'il serait désirable.

Les praticiens seront bien obligés dans bon nombre de cas de prescrire encore les injections ; mais, sans prétendre qu'elles ne puissent leur rendre quelques services, ils les envisageront comme un pis-aller, et ils auront soin de recourir aux irrigations, dès qu'il y a des signes d'uréthrite postérieure ou que l'affection, après avoir résisté quelque temps aux injections, menace de passer à l'état chronique.

I. Des injections uréthrales.

Se borner à prescrire au malade la première formule venue et lui dire de se procurer un instrument pour faire les injections, c'est aller presqu'infailliblement au-devant d'un échec.

Après le choix judicieux de la formule à utiliser, sur lequel je reviendrai, il est indispensable de s'assurer que les injections seront correctement pratiquées ; on me pardonnera d'entrer à ce sujet dans quelques détails.

Choix de l'instrument. Les seringues entièrement en verre, jadis exclusivement en usage, doivent être proscrites ; outre qu'elles ne sont pas solides, leur fonctionnement laisse presque toujours à désirer, le piston, garni de coton, laissant passer le liquide au-dessus de lui.

Je me trouve le mieux des seringues uréthrales entièrement faites en caoutchouc durci, à l'exception du corps de pompe qui est en verre : le bec a une forme conique, afin d'obturer facilement le méat, et il est

bien émoussé, de façon à ne pas blesser la muqueuse ; le prix en est modique (1 franc).

Le dr Janet a fait construire une seringue qui se visse sur la monture d'un manchon en verre dans lequel elle est contenue, plonge ainsi dans le liquide d'injection et peut être emportée commodément ; le corps de la seringue est gradué en centimètres cubes.

De cette façon, *l'asepsie de la seringue* est assurée ; il convient de ne pas la négliger, ce qui s'obtient aisément avec tout autre instrument, en le maintenant dans un bain antiseptique, soit le liquide de l'injection lui-même, pendant l'intervalle des séances.

Technique de l'injection. Le patient doit *uriner d'abord*, et cela dans le but de laver l'urèthre des produits infectés et d'empêcher qu'ils ne soient refoulés dans les parties profondes, voire même dans l'urèthre postérieur, sous la poussée du liquide injecté.

On a bien proposé dans le même but de faire précéder l'injection médicamenteuse d'une injection ou même d'une irrigation à l'aide d'un liquide anodin, tel que la solution boriquée ; la précaution n'est pas indispensable, et on aime bien de s'en passer.

Je conseille au patient de ne pas uriner autant que possible dans l'intervalle des séances, afin qu'une miction abondante irrigue largement l'urèthre à ce moment.

Il est bon aussi de lui dire de laisser sortir immédiatement la première seringue injectée et de ne conserver que la seconde ; la première entraîne ainsi au dehors les produits qui pourraient encore souiller l'urèthre, s'opposer à l'action du médicament et parfois former avec lui des précipités inertes.

La position importe peu, debout, assise ou couchée : chacun choisira selon sa convenance ; d'après Diday, le sujet se tiendra le mieux presque debout, à moitié assis sur le bord d'une table solide.

La seringue est remplie, puis, tandis que le médius et l'annulaire gauches maintiennent exactement le prépuce eu arrière du gland, les extrémités du pouce et de l'index de la même main, appliquées au bout du gland, écartent les lèvres du méat ; les trois premiers doigts de la main droite saisissent la seringue, le pouce et le médius par le milieu, l'index à l'extrémité du piston, et en introduisent le bec à 1 centimètre de profondeur à peu près dans l'urèthre, les deux doigts libres prenant pendant ce temps un point d appui sur le gland.

Le pouce et l'index gauches appliquent alors exactement les lèvres du méat sur le bec de la seringue, afin que le liquide, au moment où il est injecté, ne puisse s'échapper, puis, l'injection faite rapidement, ils ferment prestement le méat derrière l'instrument qu'on retire, afin de conserver le liquide dans l'urèthre.

Le temps qu'il faut conserver l'injection varie de 5 à 10 minutes; naturellement, l'injection est d'autant plus efficace qu'elle séjourne plus longtemps dans l'urèthre, mais le temps paraît bien long au sujet qui se fatigue vite à serrer le gland entre le pouce et l'index; au reste, ce *procédé d'occlusion* n'est pas celui qu'il faut tenir, et, en glissant la pulpe de l'indicateur sur l'ouverture du méat, on réussira à le fermer parfaitement *par simple apposition d'un doigt*, sans gêne et sans fatigue.

Le sujet ne reste pas inactif pendant que le méat est ainsi obstrué; il aura soin de *refouler le liquide alternativement d'avant en arrière et d'arrière en avant*, en exerçant des pressions sur l'urèthre avec les doigts de l'une ou l'autre main; ces déplacements du liquide lui permettent d'atteindre plus sûrement toute l'étendue du canal.

Lorsqu'on ouvre le méat, le liquide retenu dans l'urèthre jaillit au dehors, et c'est la preuve que l'injection a été bien faite; pour laisser agir la portion qui reste imprégner la muqueuse, il conviendra que *le patient reste sans uriner après l'injection* le plus longtemps possible.

Le médecin devrait toujours apprendre aux novices à faire correctement les injections uréthrales, et, s'il pouvait les pratiquer lui-même pendant toute la durée du traitement, je suis convaincu que leur efficacité serait bien plus grande. Si on n'y prend garde, les injections sont souvent faites en pure perte; j'en ai trouvé qui injectaient tout bonnement le liquide dans le sac préputial; pour le dire ici, l'étroitesse de l'ouverture préputiale est un obstacle, quelquefois même une impossibilité aux injections comme aux lavages, et au besoin, on ira jusqu'à débrider le prépuce; souvent cependant, il s'agit d'un phimosis acquis. produit par l'œdème inflammatoire, et il se dissipe rapidement; — beaucoup de patients laissent le liquide s'écouler au fur et à mesure que la seringue se vide, parce qu'ils n'obturent pas bien le méat; les parties antérieures du canal sont alors seules à subir l'action des injections, et leur effet est illusoire.

Quantité du liquide à injecter. Pour préciser, disons qu'*il faut injecter assez pour remplir et distendre convenablement l'urèthre antérieur;* or, rien n'est plus variable que la capacité de celui-ci, non-seulement d'un individu à l'autre, mais, chez le même individu, selon les phases de l'inflammation ; au plus fort de l'affection, il arrive que l'œdème de la muqueuse efface presque complètement la lumière du canal; j'ai vu arriver plusieurs fois chez moi des malades qui, effrayés de voir qu'ils ne pouvaient plus introduire de liquide dans l'urèthre, se croyaient atteints de rétrécissement; en continuant les injections, si elles ne sont pas trop irritantes, cet obstacle disparaît du reste rapidement.

D'après Janet, les urèthres antérieurs malades contiennent de 3 à 5 centimètres cubes; quant aux seringues du commerce, elles contiennent de 4 à 10 centimètres cubes.

En voulant faire pénétrer de force tout le contenu d'une seringue, on risquerait donc de pousser le liquide dans l'urèthre postérieur et de l'infecter.

Pour éviter cet inconvénient dont on a exagéré l'importance, Guyon a conseillé de n'injecter que la moitié de la seringue à la fois, et la précaution est bonne à prendre.

Janet mesure la capacité de l'urèthre antérieur en le distendant au moyen d'une irrigation et en recueillant son contenu dans une éprouvette graduée; la mensuration devrait être répétée au bout de quelques jours de traitement, la capacité de l'urèthre antérieur augmentant rapidement à mesure que diminue le gonflement des parois.

Au reste, *lorsque le malade pratique lui-même l'injection, il a nettement la sensation de la distension de l'urèthre antérieur,* et il apprécie ainsi lorsqu'il doit s'arrêter; en voulant aller au delà, il éprouverait de la résistance et une véritable douleur, comme chaque fois qu'on veut forcer le sphyncter uréthral.

Tous les artifices qu'on a proposés pour empêcher l'injection de pénétrer dans la vessie sont superflus; il y a des médecins qui conseillent aux patients de se croiser les jambes pendant l'injection, d'autres d'appuyer un doigt sur l'urèthre au devant des bourses ou au périnée; il y en a qui ont été jusqu'à proposer de mettre à la racine de la verge un lien en caoutchouc!

Je me suis toujours contenté de dire à mes malades, m'interrogeant à ce sujet, qu'ils s'apercevraient à une sensation de tension douloureuse dans l'urèthre que la quantité injectée était suffisante et il n'est jamais arrivé à ma connaissance qu'ils aient pénétré dans la vessie — ce qui, je le répète, ne serait pas positivement un mal.

Ce n'est pas trop de liquide, mais au contraire trop peu que les malades sont exposés à injecter.

Fréquence des injections. D'habitude, on prescrit deux ou trois injections par jour, mais il convient de tenir compte de l'époque de l'affection ; *pendant la période aiguë, et même au début, je conseille 5 ou 6 injections par jour ;* plus elles sont fréquentes, et à condition qu'elles soient bien supportées, moins on s'expose à voir la repullulation des gonocoques se faire dans l'intervalle.

A mesure que l'affection rétrocède, on diminuera progressivement la fréquence des injections : dans aucun cas, on ne les cessera brusquement, car on s'exposerait à voir reparaître l'écoulement.

Durée du traitement. C'est là une des questions les plus délicates de la pratique ; il paraît simple de dire qu'*il faut continuer les injections, jusqu'à ce que toute trace d'écoulement ait disparu,* mais, en prenant cette formule à la lettre, on s'exposerait parfois à continuer les injections à peu près indéfiniment, car il y a certaines substances qui entretiennent ou même provoquent un écoulement catarrhal.

En principe, *la blennorrhagie aiguë est censée guérie, lorsque l'urèthre est débarrassé des gonocoques ;* pour s'assurer que ce résultat est obtenu, il faut recourir à l'examen bactériologique, ou, à son défaut, procéder par tâtonnements et tenir le sujet en observation, après la suspension du traitement.

Soumise aux injections, une blennorrhagie dure six semaines en moyenne ; les cas sont rares qui guérissent plus tôt ; ils sont nombreux au contraire ceux qui guérissent plus tardivement, ou même ne guérissent pas du tout ; d'après mes observations, il y a bien un tiers des cas réfractaires aux injections, mais j'estime que les résultats pourraient être sensiblement améliorés, si les injections étaient mieux choisies et plus correctement pratiquées.

En général, il n'y a plus rien à attendre des injections, lorsqu'elles n'ont pas donné de résultats au bout de deux mois ; il y a encore des

blennorrhagies qui guérissent après ce délai, mais elles guérissent spontanément.

Le plus souvent toutefois, la guérison dans ces cas n'est qu'apparente et l'affection passe à l'état chronique.

Jusque dans ces derniers temps, le médecin était parfaitement excusable d'abandonner, de guerre lasse, tout traitement : le plus souvent, d'ailleurs, c'était le malade, découragé ou se croyant guéri, qui abandonnait le médecin; la thérapeutique était en effet à peu près impuissante contre ces cas rebelles. A présent, *le médecin a le devoir de s'assurer, avant de congédier son malade, s'il est radicalement guéri*, de le prévenir des conséquences de la blennorrhagie chronique, et de recourir sans tarder aux lavages de l'urèthre, lorsque les injections ont échoué.

—

En ce qui concerne le choix du liquide à injecter, à lire les auteurs ou les revues spéciales, on serait tenté de croire que le nombre des substances réellement utiles dans la blennorrhagie est considérable. Rien n'est moins exact cependant : on a attribué des vertus héroïques à une série de substances qui n'ont aucune valeur, telles que le *bicarbonate de soude* (1 p. c.) que Castellan a prôné en se basant sur le fait que le pus blennorrhagique est acide; *l'eau de mer*, qui, selon O'Brien, procure la guérison en une moyenne de huit jours, grâce à son alcalinité, à ses propriétés antiseptiques et toniques !

Quant aux médicaments utiles, il y a lieu de les partager en deux catégories distinctes : les uns sont des antiseptiques, les autres des astringents.

A la vérité, il est presque impossible de faire, au point de vue pharmacodynamique, une distinction entre les antiseptiques et les astringents, les astringents étant eux-mêmes pour la plupart des antiseptiques, témoin le nitrate d'argent, tenu pendant longtemps pour l'astringent par excellence.

Dans la thérapeutique de la blennorrhagie par les injections, il y a lieu toutefois de maintenir la distinction dont il s'agit : les antiseptiques sont appelés à agir essentiellement sur les gonocoques et conviennent ainsi pendant la première période de l'affection, tandis que les astringents sont indiqués spécialement contre le catarrhe de

la muqueuse et n'interviennent qu'à la seconde période ou la période de déclin de la maladie.

Première période : Injections antiseptiques.

Il n'est pas exagéré de dire que tous les antiseptiques indistinctement, injectés à dose convenable dans l'urèthre, modifient favorablement les symptômes de la blennorrhagie aiguë, notamment l'écoulement ; aussi, il y en a peu qui n'aient trouvé leurs partisans.

Eliminons d'abord ceux dont l'énergie microbicide n'est pas suffisante, comme l'*acide borique*, ou qui ne sont pas tolérés par la muqueuse uréthrale, comme l'*acide phénique*.

Retranchons encore ceux qui, sans être dépourvus d'une certaine utilité, et tout en étant bien tolérés, ne paraissent exercer aucune influence sur la marche, la durée ou la terminaison de la blennorrhagie, tels que l'*hydrate de chloral* (1 p. c.), le *sulfate de quinine*, les *sels de thalline*, etc.

Il nous restera quelques substances seulement, qui se comportent vis-à-vis de la blennorrhagie à la manière de spécifiques, c'est *le sublimé, le permanganate de potasse et le nitrate d'argent.*

Ces trois substances, particulièrement les deux dernières, sont les seuls antiblennorrhagiques éprouvés.

J'ai pris l'habitude depuis longtemps de les administrer toutes les trois successivement, dans l'ordre où elles sont énumérées, chacune d'elles me paraissant convenir à une phase différente de la maladie ; je ne prétends pas que cette façon de procéder ait des avantages particuliers, mais je puis dire qu'elle m'a procuré généralement des résultats satisfaisants.

Je reviendrai sur les détails du traitement de la blennorrhagie par les injections dans un prochain article.

Dr DANDOIS.

LE POUVOIR BACTÉRICIDE DES HUMEURS.

Dans un précédent article, nous avons vu que les leucocytes ou globules blancs du sang avaient le pouvoir d'englober et de détruire les microbes. Les microorganismes emprisonnés sont l'objet d'une

véritable digestion, qui a pour premier effet de les tuer, et pour second de les désagréger au point de ne plus en laisser de traces. Ce processus a été appelé phagocytose et les cellules qui l'exécutent ont reçu le nom de phagocytes. La phagocytose constitue pour l'homme et les animaux en général un moyen puissant pour se garantir contre les entreprises des microbes qui ont fait infraction à leur intérieur et qui mettent leur existence en danger.

Mais ce moyen de préservation n'est pas le seul; il est complété par une propriété spéciale du plasma sanguin, de la lymphe et probablement d'autres humeurs, propriété en vertu de laquelle ils tuent les microorganismes avec lesquels ils entrent en contact. Cette propriété porte le nom de *puissance bactéricide* ou *microbicide des humeurs*. Tandis que la phagocytose réside dans l'activité vitale de certaines cellules et ne peut se pratiquer sans leur intervention directe, le pouvoir bactéricide des humeurs est lié à un état particulier des liquides de l'économie et entre en jeu sans aucune intervention cellulaire, exactement comme l'acide phénique ou le sublimé exercent leur action désinfectante par leurs propres ressources, c'est-à-dire par voie purement chimique.

Le procédé qui permet d'étudier ce phénomène est le procédé des plaques, dont il a déjà été question à propos de la phagocytose. Le trouble que la végétation d'un microbe produit dans un milieu est certes un excellent moyen pour juger s'il y a développement; par l'examen microscopique, on peut se former une idée encore plus exacte de l'état de la multiplication; mais ces deux procédés donnent des résultats beaucoup trop vagues pour pouvoir être employés comme méthode courante dans les recherches sur le pouvoir bactéricide d'un liquide. La seule méthode suffisamment précise est la numération des microbes; mais la numération directe est une opération presque impossible à cause de la petitesse des individus qu'il s'agit de compter. On ne peut donc que la faire d'une façon indirecte. Pour cela, on se fonde sur le principe que chaque microbe vivant, maintenu isolé de ses congénères au sein d'un milieu convenable, donne naissance par pullulation après quelques heures ou après quelques jours à un assemblage de microbes visible à l'œil nu, et qu'on appelle une colonie. En comptant le nombre de colonies, on connaît du même coup le

nombre de microbes initiaux. En pratique, cette opération se réalise en prenant une quantité déterminée de culture, par exemple la quantité qui adhère par capillarité à la petite anse formée par l'extrémité recourbée d'un fil de platine, et en la répartissant par agitation dans un milieu liquéfié par une température de 30 ou de 40° (gélatine-peptone ou agar-peptone), mais qui à la température de la chambre se solidifie de nouveau. Avant la solidification, on verse le tout sur une plaque de verre stérilisée, le milieu devient rapidement solide, les microbes qu'il emprisonne sont immobilisés dans la masse et ni eux ni leurs descendants ne peuvent se mélanger aux microbes voisins. Au bout d'un certain temps des taches se forment sur la plaque, ce sont les colonies, chacune correspond à un des microbes primitifs, et il ne reste plus qu'à les compter pour connaître le chiffre exact de ces derniers.

Supposons que nous ensemencions du bacille commun de l'intestin dans du bouillon, c'est-à-dire que, prenant une trace d'une culture ancienne de cet organisme, nous l'introduisions dans du bouillon neuf, stérile. Déjà au bout de peu de temps, alors même que le microscope n'indique pas encore de pullulation, nous pourrons constater par des plaques faites toutes les demi-heures ou toutes les heures que la multiplication commence de suite.

Ainsi si la première plaque nous donne, par exemple, 100 colonies, la seconde, faite une heure plus tard, en offrira 150; la troisième, faite après le même intervalle, 300 ; la quatrième, 500 ; et ainsi de suite. En un mot la pullulation commence de suite après l'ensemencement et sans mort préalable d'une partie des organismes ensemencés.

Si, au lieu d'ensemencer le bacille dans du bouillon ou dans un milieu artificiel, nous l'introduisons dans le sérum du sang dépouillé, soit par dépôt, soit par coagulation, soit par la force centrifuge, de tous ses éléments cellulaires, *nous observons que la multiplication ne commence pas de suite, mais que la période de végétation est précédée d'une période de destruction.*

C'est ainsi qu'ayant ensemencé du sérum humain, obtenu par une saignée, avec du bacille commun de l'intestin, nous constatâmes, immédiatement après l'ensemencement 24,000 bacilles par 15 milligrammes de sang, c'est-à-dire, en chiffres ronds, 1,500,000 par goutte. Six heures plus tard, 15 milligrammes n'en renfermaient plus que 10.

Le lendemain, le sérum avait conservé sa limpidité normale, quoiqu'il eut séjourné 24 heures à la couveuse. Au microscope, on n'apercevait aucun organisme.

Voici encore deux expériences, l'une avec du sérum de poule, l'autre avec du sérum de pigeon. Les chiffres indiquent le nombre de colonies par plaque. Ensemencement avec le bacille commun de l'intestin.

TABLEAU I.

Sérum de pigeon.

	IMMÉDIATEMENT APRÈS L'ENSEMENCEMENT	APRÈS 1 H.	APRÈS 2 H.	APRÈS 4 H.
Sérum obtenu par expression du caillot	7580	2337	24	2
Sérum obtenu par dépôt du sang défibriné.	7960	765	7	3

TABLEAU II.

Sérum de pigeon.

	IMMÉDIATEMENT APRÈS L'ENSEMENCEMENT	APRÈS 1 H.	APRÈS 2 H.	APRÈS 4 H.	APRÈS 8 H.
Sérum	1067	8	4	0	0

Ainsi, chez la poule et le pigeon aussi bien que chez l'homme, nous obtenons une diminution rapide du nombre d'organismes; chez la poule, après 4 heures, les survivants sont devenus très-rares; chez le pigeon, les 1067 individus, contenus dans 15 milligr. de sang, sont décimés si rapidement qu'après une heure, il n'en reste plus que 8; quatre heures après le mélange, l'œuvre de destruction est achevée.

Nous devons dire pourtant que l'action bactéricide du sérum est loin d'être toujours aussi intense; d'abord, elle dépend des individus; ensuite, et surtout, elle varie suivant les espèces animales. L'homme, la poule, le pigeon, possèdent ce pouvoir à un haut degré; le sérum

du chien, par contre, n'est que faiblement bactéricide, tandis que le sang du même animal est un destructeur énergique de microbes, grâce à ses globules blancs, comme nous l'avons vu dans le précédent article.

Voici le sérum de chien qui s'est montré le plus actif.

TABLEAU III.

	Immédiatement après l'ensemencement	Après 1/2 h.	Après 1 h.	Après 2 h.	Après 4 h.
Sang complet	13566	151	7	3	0
Sérum	17500	14280	11172	2201	728

On remarquera dans cette expérience non seulement la différence entre les chiffres terminaux, 0 et 728, mais surtout l'inégalité dans la rapidité de la destruction. Le sérum du chien est inférieur au sang avec ses leucocytes, non seulement pour le résultat final atteint, mais aussi pour la rapidité avec laquelle la destruction s'opère.

Nous venons de dire que cette expérience est celle où le chien nous a donné le pouvoir bactéricide le plus fort que nous ayons observé chez cet animal ; généralement il est moins marqué ; la moitié, le quart seulement des microbes périssent; quelquefois il en meurt moins encore; mais l'existence du pouvoir se laisse néanmoins toujours mettre en évidence.

Beaucoup de travaux, faits sur l'existence et les propriétés de ce pouvoir, ont été exécutés avec des semences provenant non pas de cultures du même genre, c'est-à-dire de cultures dans le sérum, mais avec des cultures dans le bouillon, l'agar-peptone, etc.... Ces derniers milieux ont une composition qui diffère notablement de celle du sérum ; d'un côté, nous avons de la peptone, de la gélatine, du glucose en abondance ; de l'autre, les matières azotées sont représentées par la globuline et la sérine, et le sucre n'y existe qu'à l'état de traces. En outre la consistance du milieu est différente, tantôt solide, comme l'agar-peptone, ou extrêmement mobile, comme le bouillon, ou visqueux, comme le sérum. Il résulte de ces différences de composition et de

densité que les microbes[1], portés d'un milieu dans un autre, se trouvent placés brusquement dans des conditions de vie nouvelles. Metchnikoff et d'autres ont argué de ce fait pour prétendre que la destruction, qui suit l'ensemencement des microbes dans le sérum, n'est pas due à une propriété spéciale de cette humeur, mais est simplement la conséquence du changement brusque de milieu. D'après eux, toute culture, même pure, renferme des individus de résistance très variable; les uns sont vigoureux et possèdent la plénitude de l'énergie vitale ; les autres sont affaiblis, chétifs, épuisés, et vivottent misérablement ; entre ces deux extrêmes, on rencontre tous les degrés intermédiaires. Or, disent-ils, le changement de milieu, qui résulte du transport d'un organisme du bouillon dans du sérum, est meurtrier aux individus affaiblis, parce qu'ils ne parviennent pas à se plier aux conditions nouvelles qui leur sont imposées; les individus vigoureux, au contraire, s'adaptent à l'état de vie différent, et sont le point de départ de nouvelles générations.

Comme on le voit, cette interprétation ne tend à rien moins qu'à nier la propriété bactéricide des humeurs, et c'est là effectivement que Metchnikoff et ses partisans veulent en venir, mais le différent est facile à trancher. Au lieu d'emprunter les microbes, que l'on veut ensemencer dans le sérum, à des milieux différents, il suffit de les prendre dans une culture dans le sérum même. Evidemment, il ne peut plus être question alors de destruction due à un changement de milieu puisque le transport se fait de sérum à sérum. Or, si l'on opère de cette dernière façon, on constate que les organismes ensemencés meurent aussi bien que lorsqu'ils proviennent du bouillon ou de l'agar. Toutes les expériences que nous avons rapportées plus haut en sont un témoignage, car, pour toutes, la semence a été puisée dans un sérum provenant d'un animal de la même espèce. L'objection des adversaires du pouvoir bactéricide des humeurs est ainsi sapée par sa base. Elle a porté néanmoins des fruits, car, outre qu'elle a permis d'établir rigoureusement l'existence d'une propriété singulière des constituants liquides de l'organisme, elle renfermait son grain de vérité, à savoir, que le changement brusque du milieu est dans beaucoup de circonstances et pour un certain nombre d'organismes, une cause de dépérissement. Le fait est actuellement bien acquis, mais

c'est un phénomène qui n'a rien de commun avec le pouvoir bactéricide des humeurs. Nous avons tenu à insister sur ce point, tant à cause de l'autorité des savants qui combattaient ce pouvoir, que pour mettre le lecteur en garde contre une interprétation très répandue, et qui méconnaît toute influence protectrice aux humeurs de l'organisme.

De quelle nature est la substance qui communique aux humeurs leur pouvoir antiseptique?

C'est à Buchner et à ses élèves que nous devons à peu près toutes nos connaissances sur ce sujet. Après avoir démontré que l'action n'est pas due aux sels, ils ont établi que la substance bactéricide devait être une substance albuminoïde, soit la sérine ou la globine, les deux composants actuellement connus du sérum, soit une substance encore inconnue et qui n'a pas encore été isolée.

Un des arguments principaux dont ils se servent pour appuyer leur manière de voir, est le fait qu'il suffit de chauffer le sérum pendant une heure à 55°, pour lui faire perdre tout pouvoir. Après le chauffage, le liquide ne présente aucune altération, celui des mammifères du moins; ainsi il ne montre aucun trouble, aucun précipité; vis-à-vis des réactifs chimiques, il se comporte comme du sérum non chauffé, et néanmoins, quand on expérimente son action sur les microbes, on voit qu'il se comporte tout différemment; il ne les tue plus, mais ceux-ci commencent immédiatement à se multiplier, comme s'ils occupaient un vulgaire bouillon. Or, cette instabilité si grande de la substance microbicide ne se comprend que lorsqu'on admet sa nature albuminoïde.

Voici quelques exemples. Tous les ensemencements, nous le répétons, sont faits avec une culture dans le même milieu. Le résultat ne peut donc pas s'expliquer par un changement brusque du milieu.

TABLEAU IV.

Sérum humain.

	IMMÉDIATEMENT APRÈS L'ENSEMENCEMENT	APRÈS 1 HEURE.	APRÈS 2 H.	APRÈS 6 H.	LE LENDEMAIN.
Sérum non chauffé.	24000	22920	2145	10	Sérum clair.
Sérum chauffé.	29160	34749	75000	Innombrables.	Sérum troublé.

TABLEAU V.

Sérum de poule.

	IMMÉDIATEMENT.	APRÈS 1 H.	APRÈS 2 H.	APRÈS 3 H.	APRÈS 4 H.	APRÈS 5 H.
Sérum non chauffé.	13720	1495	1	0	3	0
Sérum chauffé.	8173	9685	19400	75600	196000	Innombrables.

Ces deux exemples sont frappants ; du côté du sérum non chauffé, diminution graduelle ; du côté du sérum chauffé, augmentation immédiate et progressive. Et dire que dans le sérum de l'homme et des mammifères, le chauffage ne produit aucune modification appréciable ! Chez la poule, il produit un faible précipité. Ce dernier constituerait-il la substance bactéricide, l'antiseptique naturel de l'économie ?

Buchner fait ressortir avec raison que l'action du chauffage est une preuve du pouvoir bactéricide du sang ; en effet, comme le sérum chauffé et le sérum non chauffé ne laissent, dans beaucoup de cas, saisir aucune différence dans leur composition, le changement de milieu ne peut être invoqué pour expliquer l'anéantissement microbien, les deux sérums ayant toutes les apparences d'un milieu identique et se comportant néanmoins d'une façon toute différente.

Parmi les propriétés de la substance bactéricide, mentionnons encore qu'elle ne dialyse pas, ce qui confirme sa nature albuminoïde, et qu'elle ne peut exercer son influence qu'en présence d'une certaine quantité de sels. Aussi lorsque par la dialyse on prive le sérum de ses composés salins, il perd tout pouvoir ; mais il suffit de les lui restituer pour qu'il l'acquiert derechef. Les sels jouent vis-à-vis de la substance bactéricide, le même rôle que l'acide chlorhydrique vis-à-vis de la pepsine. L'acide chlorhydrique n'est pas l'agent peptonisant, mais il est un adjuvant indispensable. C'est au même titre que les sels interviennent dans l'acte bactéricide.

Non seulement on peut mettre en évidence la destruction des microbes, par la méthode des plaques, mais on peut également poursuivre le phénomène au microscope. On peut même assister à la dégradation successive du microbe, qui devient de plus en plus pâle, se fragmente, se colore de moins en moins bien, et finalement se trouve

réduit à une gaîne à peine visible, qui disparaît à son tour. Par l'examen microscopique, on peut en outre surpendre ce phénomène curieux qu'un certain nombre des organismes introduits commencent par pulluler et par former des chaînettes et ne subissent la dégénérescence qu'après avoir fourni plusieurs générations.

Comme preuve, nous donnons une expérience dans laquelle nous ensemençons le bacille commun de l'intestin dans du sérum de poule, chauffé et non chauffé.

APRÈS	SÉRUM NON CHAUFFÉ.	SÉRUM CHAUFFÉ.
1 heure.	Quelques diplobacilles par champ.	Quelques diplobacilles par champ.
2 heures.	En moyenne 2 à 4 chaînettes de 4 individus et plus par champ microscopique.	10 à 40 diplobacilles ou chaînettes courtes par champ.
3 heures.	Pas d'augmentation de chaînettes. Les bacilles commencent à se fragmenter.	Augmentation.
4 heures.	Diminution des chaînettes. La dégénérescence progresse	Encore augmentation.
5 heures.	Rares chaînettes, toutes dégénérées.	Culture de bacilles et de diplobacilles.

L'examen microscopique confirme ainsi complètement les données fournies par les plaques.

Si nous résumons ces recherches, nous voyons que le sérum sanguin, et par conséquent la lymphe qui n'est que du sérum dilué, imprégnant tous nos tissus, constitue pour les microbes un liquide meurtrier, un vrai venin. Il doit cette propriété à une substance albuminoïde assez instable et qui est rendue inerte par un chauffage à 55°.

On ne peut pas mettre un instant en doute l'intervention de ce facteur dans notre résistance aux entreprises microbiennes.

A côté de l'oxygène, qui constitue une de nos armes défensives, à côté des leucocytes qui en constituent une seconde, nous en avons

une troisième : l'état bactéricide du sérum, de la lymphe et peut être d'autres humeurs (liquide de la chambre antérieure de l'œil).

Il n'est pas possible de se prononcer aujourd'hui d'une façon définitive sur l'importance respective de ces trois agents. Si l'on compare entre eux les deux derniers, les leucocytes et les humeurs, il paraît que le rôle le plus important revient à la phagocytose. En effet, tous les microbes, qu'ils soient sporulés ou non, semblent justiciables des leucocytes, tandis que les humeurs, bien que fort meurtrières pour certaines espèces, ne paraissent exercer sur d'autres qu'une influence médiocre. Avant de se prononcer définitivement sur ce point, il faudra des recherches détaillées et systématiques. Mais si nous ne sommes pas encore fixés sur la valeur de ces deux moyens de protection pour chaque cas déterminé, leur intervention active et perpétuelle ne peut plus faire l'ombre d'un doute.

Nous verrons, dans le prochain article, comment le microbe parvient de temps en temps à triompher de ce faisceau définitif, car, si notre organisme est armé et vit sur un pied de guerre perpétuel, le microbe n'est pas un être inerme, purement passif, mais il dispose de moyens qui lui donnent quelquefois, soit un avantage passager, soit un avantage définitif sur notre personne. J. DENYS.

SUR LA RICHESSE EN ALCALOIDES DES PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES A BASE DE BELLADONE, DE JUSQUIAME, DE STRAMOINE, DE CIGUE ET D'ACONIT.

Les travaux qui ont pour objet la composition chimique des médicaments, le dosage des principes actifs et la discussion des meilleures méthodes de préparation concernent le pharmacien par tout l'ensemble des détails qu'ils renferment ; mais la quintessence du travail, les conclusions générales reviennent toujours au médecin. Il est le seul dispensateur des remèdes, il est aussi le seul intéressé à disposer de médicaments de bonne qualité, bien préparés et bien dosés. Il désire surtout pour établir son traitement d'une façon rationnelle, connaître exactement la valeur thérapeutique des drogues qu'il pres-

crit, et celle-ci dépend de la composition chimique, elle est proportionnelle à la teneur en principes actifs.

Ces raisons m'ont déterminé à extraire d'un mémoire, que j'ai récemment soumis à l'Académie de médecine (1), les parties d'intérêt général, en écartant dans la mesure du possible, les détails minutieux d'analyse chimique et de technique pharmaceutique.

Cherchant à établir la composition des médicaments galéniques de notre pharmacopée, j'ai pris comme sujet les produits fournis par la belladone, la jusquiame, la stramoine, la ciguë et l'aconit. Leur valeur thérapeutique considérable, leur activité héroïque, la place importante qu'ils occupent dans la pratique médicale m'ont déterminé à faire choix de ces médicaments. J'étais en même temps attiré par ce fait que leur composition n'avait jamais été établie dans notre pays et qu'ils constituent des produits dont la préparation nous est absolument propre et diffère de celle des pays voisins.

Procédés de dosage.

Je me suis évidemment attaché à l'étude des procédés de dosage, cherchant surtout des méthodes simples et rapides; je ne rapporterai pas ici les détails de ces manipulations, ils ne peuvent intéresser les médecins. Je tiens cependant à faire remarquer qu'ils sont faciles, à la portée de tout le monde, qu'à l'opposé de beaucoup d'opérations analytiques, ils ne nécessitent pas de vastes connaissances scientifiques, une expérimentation longue, un outillage perfectionné et coûteux. Tous les pharmaciens sont à même de les pratiquer et l'installation presque nulle qu'ils exigent, se trouve dans toutes les officines. Le médecin pourra donc sans se montrer trop exigeant, sans créer à plaisir des difficultés insolubles, demander au pharmacien le dosage exact de ces médicaments.

Divers groupes de médicaments.

Il existe deux sources de production pour ces préparations officinales : 1° le pharmacien lui-même qui manipule bravement et prépare péniblement le produit ainsi que le Codex le prescrit. Ces opérations n'ont en elles-mêmes rien de bien agréable, elles demandent du temps, du travail, ne sont pas toujours économiques. Mais on a au moins

(1) Voir le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, année 1893.

la certitude d'avoir de bons et beaux produits, répondant avec toute l'exactitude possible aux exigences de la pharmacopée.

2° La seconde source, le commerce, évite les inconvénients, mais elle supprime également les avantages du travail personnel. Plus de garantie aucune, il faut acheter de confiance; les vérifications que l'on fera consisteront tout au plus dans l'examen physique des qualités organoleptiques. Aussi que de médicaments falsifiés, que de marchandises frelatées, avariées, d'une valeur douteuse ou nulle !

Malheureusement, il faut le reconnaître, la plus grande partie de ces produits sont fournis par le commerce et il est rare le pharmacien qui ne laisse à personne autre que lui le soin d'effectuer ce genre de préparations.

Pour faire de la question une étude complète, je devais m'adresser à toutes les espèces de drogues se trouvant dans les officines, aussi bien à celles du commerce peut-être mal fabriquées qu'aux médicaments types préparés par le pharmacien.

J'ai analysé trois groupes de produits.

1° Ceux que j'avais faits moi-même en suivant avec toute la rigueur possible les prescriptions de la pharmacopée; je les considère comme des types dans le genre.

2° Ceux que le commerce fournit. Je ferai remarquer à ce sujet que je me suis adressé aux maisons de drogueries les plus importantes, celles qui ont généralement la confiance des pharmaciens. Elles fabriquent elles-mêmes. Il n'y a donc pas d'intermédiaires qui ont falsifié. Dans le commerce on pourra trouver des produits qui leur seront inférieurs en qualité mais aucun ne sera de valeur plus élevée.

3° Enfin j'ai examiné des médicaments fabriqués à dessein d'une façon défectueuse en n'observant pas les règles prescrites ; et je l'ai fait parce que certaines erreurs de préparation se produisent souvent dans le but d'obtenir un rendement plus considérable et par suite un prix de revient moindre.

Résultat des analyses.

Le tableau suivant porte les chiffres de dosage obtenus. Ils indiquent en grammes la quantité d'alcaloïdes contenue dans 100 grammes de médicament, lorsque l'on parle d'un solide (extrait, onguent, em-

plâtre) et dans 100 centimètres cubes, si c'est un liquide (teinture, alcoolature, huile).

	Belladone	Jusquiame	Stramoine	Aconit	Ciguë
Extrait type	3,997	0,93	1,236	2,308	0.894
Extrait préparé avec les tiges de la plante	2,537	0,503	0,689	1,526	—
Extrait du commerce. . .	1,843 1,750 1,596	0,406 0,584 0,483	1,059 0,902	0,880 1,623	0,630 0,374 0,291
Teinture type	0,0781	0,0183	0,1285	0,0978	0,0109
Teinture du commerce . .	0,0394	0,0545	0,0171	0,0394	0,0688
Alcoolature type	0,051	0,0317	0,0214	0,0616	0,0232
Alcoolature préparée avec les tiges	0,0393	0,0245	0,0172	0.0405	0,0118
Alcoolature du commerce .	0,0391	0,0162 0,0081	0,0193 0,0300	0,0280 0,0250	0,0129
Huile	0,0091 0,0196 0,0154	0,017 0,009	—	—	—
Onguent	0,0167	—	—	—	—
Emplâtre	0,0244 0,0159	—	—	—	0,0067

Comparaison entre les feuilles et les tiges.

Si nous passons en revue les chiffres de ce tableau et que nous comparions entre eux les trois groupes de substances, nous observons constamment une richesse plus grande en principes actifs dans les produits obtenus avec les feuilles que dans ceux préparés avec les tiges. Ce fait est connu, il a été officiellement jugé par la pharmacopée qui ordonne presque toujours l'emploi des feuilles seules à l'exclusion des tiges. Le commerce de l'herboristerie fournit ordinairement au praticien l'herbe entière de ces plantes et non les feuilles seules. Si l'herbe contient les tiges, en n'éliminant pas celles-ci, on laisse des éléments qui diminueront la richesse des préparations officinales.

Mais en les écartant on diminue le rendement d'au moins 50 p. c. et l'on augmente d'autant le prix de revient. Or, il est certain que de nombreux praticiens ne font pas soigneusement cette sélection et, particulièrement d'après les données que nous allons considérer, il est probable que les fabricants ne la pratiquent pas. Cependant ils pourraient le faire avec beaucoup moins de perte que le pharmacien ordinaire. Celui-ci ne traite qu'une petite quantité d'herbe, il ne sait rien faire des tiges que les jeter, ce qui constitue une perte sèche. Le gros industriel qui traite des masses considérables pourrait retirer des tiges les alcaloïdes qu'elles contiennent et compenser en partie au moins la perte qu'il doit subir.

Comparaison entre les préparations types et les préparations industrielles.

Examinons maintenant les produits du commerce et mettons-les en parallèle avec nos préparations types.

Pour tous nous trouvons une grosse différence, ils sont notablement plus faibles que les drogues soigneusement élaborées par le pharmacien. Cela nous montre bien le peu de confiance que l'on doit accorder aux produits industriels et nous prouve que les vieilles préparations faites consciencieusement par le praticien valent beaucoup mieux. Si les premiers ont des caractères extérieurs un peu plus attrayants, la forme seule est soignée et cela aux dépens des qualités réelles de valeur thérapeutique.

Cependant les produits du commerce que j'ai examinés ne sont pas falsifiés, ils viennent des meilleures maisons de drogueries, ils ne sont probablement que mal préparés, et le défaut principal qu'ils présentent sans doute, c'est d'être fabriqués non pas avec les feuilles seules mais avec l'herbe entière.

Variabilité de tous les médicaments galéniques.

La remarque qui frappera avant tout le médecin, l'impression dominante que lui laissera la lecture de ce tableau, c'est la variabilité énorme qui existe entre des produits portant le même nom et débités dans les officines comme étant de même valeur. Et ce sont des médicaments très actifs, dangereux même quand les doses deviennent fortes, ce sont des drogues précieuses sur les propriétés desquelles le médecin doit compter. Malgré leur activité si changeante, ils ont les

mêmes doses maxima et les traités les mentionnent dans des formules à proportions invariables.

Conséquences et dangers de cette variabilité.

Le médecin doit être effrayé du danger que présente l'emploi de ces médicaments, et être frappé de l'importance de cet exemple classique reproduit partout :

Un malade prend une drogue ; graduellement les doses augmentent suivant l'effet produit. Un jour arrive où le malade change d'officine, ou bien le pharmacien lui-même renouvelle sa provision. Si le changement n'a d'autre effet que de fournir un médicament moins actif, tout est bien, on observe une action moins énergique et le médecin est quitte pour reprendre l'augmentation successive des doses. Mais l'effet peut être inverse, d'une préparation peu riche, peu active, on peut passer brusquement à une drogue deux et trois fois plus énergique. Quel peut être le résultat de ce saut brusque, sinon la perturbation dans le traitement et peut-être l'empoisonnement du malade !

Ce danger bien connu, souvent commenté, se représente pour la plupart des médicaments galéniques actifs.

En faisant même abstraction de tout danger, en employant ces drogues comme telles, le médecin n'a pas de médicaments bien dosés, sur l'action desquels il est exactement fixé. Chaque fois qu'il les emploie, il doit tâtonner, augmenter ou diminuer les doses, suivant les cas, pour arriver après des nombreux essais à l'effet désiré.

Ces inconvénients des médicaments galéniques et même des plantes comme telles ont produit dans le corps médical toute une classe de praticiens qui les excluent absolument pour les remplacer par les médicaments chimiques, les principes actifs cristallisés extraits des plantes. Ceux-ci offrent l'avantage d'une composition bien définie, d'un dosage exact, d'une activité bien déterminée et toujours semblable à elle-même.

Cependant les partisans des médicaments simples et des préparations galéniques leur trouvent des avantages et ne les abandonneraient pour rien au monde.

Moyens de remédier à l'inconstance de la richesse des médicaments officinaux.

Il y a moyen de concilier les deux parties, de donner aux prépara-

tions officinales toute la rigueur de dosage, toute l'uniformité de valeur thérapeutique des composés chimiques.

1° *Par la loi.* La loi pourrait exiger que les médicaments dont les principes actifs sont bien connus et dont le dosage est pratique comme dans le cas nous intéressant, fussent tous exactement titrés et que la teneur en alcaloïdes fût ramenée à un chiffre donné. Elle exige bien pour l'opium et les quinquinas une richesse minima en principes actifs, pourquoi n'étendrait-elle son exigence à beaucoup d'autres médicaments aussi importants et aussi connus ?

Pourquoi s'arrêterait-elle à des demi-mesures et n'achèverait-elle l'œuvre commencée en exigeant, non plus des richesses minima mais une teneur bien déterminée, toujours la même, supprimant ainsi tous les inconvénients des médicaments galéniques !

Mais la loi procède avec une sage lenteur; même bien appuyée, une innovation de ce genre risque fort de rester très longtemps à l'état de projet.

Si la loi ne prend que très difficilement l'initiative de mesures nouvelles, elle les accepte assez facilement, et en consacre officiellement la valeur quand elles sont accomplies et qu'elles sont entrées dans les mœurs.

Au lieu d'attendre, de demander au législateur plus qu'il ne peut ou ne veut donner, les médecins devraient prendre la tête d'un mouvement dans cette voie.

Il n'est pas discutable que des mesures exigeant pour les médicaments officinaux des teneurs déterminées de principes actifs constitueraient un grand progrès amenant avec lui de vastes avantages.

Les médecins peuvent arriver indirectement à un résultat analogue et cela de différentes façons suivant les conditions spéciales dans lesquelles chacun se trouve.

2° *Par les médecins-pharmaciens.* Le médecin de campagne qui possède un dépôt de médicaments et prépare lui-même ses prescriptions avec des substances dont il détient des provisions, exigera de son fournisseur des extraits, des teintures etc. exactement dosés, portant pour chacun d'eux la teneur précise en principes actifs. Chaque fois qu'il renouvelera sa provision, il modifiera sa façon de prescrire d'après la richesse plus ou moins grande du nouveau produit.

3° *Par les médecins d'hôpitaux.* Dans les mêmes conditions à peu

près se trouvent le médecin d'hôpital, les médecins des bureaux de bienfaisance, les docteurs militaires etc. qui ne possèdent pas de médicaments mais dont les ordonnances sont toujours exécutées dans une seule et même officine. Chaque année le pharmacien pourrait leur envoyer une note contenant à côté de la liste des médicaments la richesse de chacun d'eux en principes actifs. Suivant le besoin, dans le courant de l'année, il serait dressé des listes nouvelles modifiant les premières, lorsque le renouvellement des produits exigerait des changements.

On ne m'objectera pas que ces modifications seraient trop fréquentes et entraîneraient la confusion, faisant sombrer ainsi tout le système. Ces officines s'approvisionnent par grosses masses, pour une période de temps assez longue, une année au moins.

4° *Par une transformation rationnelle de la façon habituelle de prescrire.*

Le quatrième moyen s'adresse à tous les médecins, il consiste dans une modification assez importante du mode actuel de formuler. Il revient à prendre comme base d'une dose médicamenteuse le principe chimique cristallisé, bien défini, et non plus la plante ou l'extrait.

Une teinture, un extrait, une alcoolature ne seraient plus dosés comme correspondant à telle quantité de plante ou de drogue simple, mais comme renfermant telle proportion de matière active.

Par exemple, au lieu de prescrire cinq centigrammes d'extrait de belladone qui pourra renfermer une quantité d'atropine variant depuis huit dixièmes de milligramme jusqu'à deux milligrammes ne serait-il pas beaucoup plus rationnel, plus exact et plus sûr d'ordonner : un milligramme d'atropine sous forme d'extrait de belladone ou bien : extrait de belladone en quantité suffisante pour avoir un milligramme d'atropine ?

Le pharmacien connaissant ou devant connaître la teneur de son extrait, calculerait la masse qu'il doit employer. La même prescription pourrait se formuler pour les autres formes médicamenteuses, teintures, alcoolatures etc., et pour les autres drogues, aconit, jusquiame, stramoine, opium, quinquina etc. lorsque le principe actif est bien connu, bien défini et facilement dosable.

Cette méthode n'offre pour le médecin aucune difficulté, et lui

garantit une confiance absolue dans l'activité de ses prescriptions ; elle exige du pharmacien le titrage des médicaments, ce qui devrait toujours se faire pour tout produit fourni par le commerce.

J'espère que de nombreux médecins, frappés des avantages de ce système, ne tarderont pas à l'inaugurer, et, j'en suis sûr, la loi suivra le mouvement, et le consacrera dans la pharmacopée.

Il serait étonnant d'ailleurs qu'une science aussi avancée, aussi importante que la médecine restât encroûtée dans l'empirisme, et continuât à employer à l'aveugle des médicaments dont elle ne connaît ni la valeur, ni l'énergie. Elle se sert d'armes dont elle ne sait ni la résistance ni la portée. Elle tient en mains la santé et la vie des hommes, et reste en retard sur l'industrie et le commerce qui n'ont en vue que l'argent. Depuis longtemps déjà le fabricant de sucre n'achète plus les betteraves que sur titrage et le paysan ne paye plus ses engrais que d'après leur teneur en azote et en phosphore. Et pour toutes les autres industries il en est de même.

FERNAND RANWEZ,
pharmacien, docteur en sciences,
chargé de cours à l'université.

DES NÉVROSES TRAUMATIQUES.

Le dernier Congrès allemand de médecine interne avait mis à l'ordre du jour la question des névroses traumatiques, qui a été introduite dans la science dans ces derniers temps.

Le fait est que depuis longtemps déjà, mais surtout depuis quelques années, on a observé des individus accusant toute une série de troubles nerveux qui en rapportent l'origine à un traumatisme.

Dans les cas où il y a eu ou bien où il existe encore une lésion du système nerveux à la suite du traumatisme, la relation étiologique entre les symptômes et la cause invoquée est évidente, mais ce n'est pas de ces cas qu'il s'agit dans l'espèce, mais de ceux où l'influence directe du traumatisme n'est pas aussi indiscutable. Ces cas ont été rangés parmi les maladies caractérisées par de simples troubles fonctionnels, parmi les névroses, comme on dit aujourd'hui. On les a désignés sous le nom de névroses traumatiques.

Le prof. Strümpell, dans son rapport au Congrès, a ainsi exposé les signes de la maladie et son opinion sur leur pathogénie.

Parmi les *symptômes subjectifs* qu'accusent les malades, en première ligne il faut signaler *les troubles localisés au point traumatisé :* ce sont des douleurs, et souvent des troubles de motricité qui leur sont associés. Ces douleurs ne sont pas exactement localisées et ne correspondent point au territoire anatomique d'un nerf. En outre de ces symptômes locaux, on observe toute une série de *symptômes généraux :* lassitude, troubles digestifs, etc. Du reste, plus on poursuit le malade de questions, plus il multiplie ses plaintes.

L'examen objectif n'amène aucune constatation ; les organes internes paraissent normaux. L'exploration attentive ne fait guère constater que les signes objectifs de la névrose traumatique mis en lumière par Oppenheim. C'est d'abord un léger trouble psychique persistant, de caractère hypochondriaque et mélancolique, de l'anesthésie sensitive et sensorielle (rétrécissement concentrique du champ visuel), des troubles moteurs et aussi des troubles vasomoteurs et sécréteurs. Il est rare que tous ces signes se rencontrent à la fois.

Quelle est leur pathogénie ?

1° On pourrait tout d'abord penser que ces troubles sont le résultat de *lésions matérielles*, et que la difficulté de constater ces lésions a seule fait admettre l'existence de simples troubles fonctionnels. Cette idée ne saurait être soutenue au sujet des névroses traumatiques.

2° On a invoqué l'hypothèse d'un *ébranlement du système nerveux*, d'une commotion spinale ou cérébrale. Cette explication, qui est parfois plausible, ne saurait être le plus souvent admise, par exemple dans les cas de traumatisme léger. D'ailleurs, dans les cas où il a dû se produire une réelle commotion nerveuse, les symptômes observés ont été les mêmes que dans les cas où cette commotion n'a pu avoir lieu. Les explications mécaniques ne sauraient donc s'appliquer à la névrose traumatique.

3° On a été frappé de la *similitude de cette maladie avec l'hystérie et la neurasthénie.*

C'est à cette opinion que le prof. Strümpell tend à se rallier ; d'après lui, en tenant compte de l'émotion qui accompagne un traumatisme corporel, on peut se faire une idée exacte et bien compréhensible de l'étiologie et de la nature de la névrose traumatique.

Il ajoute qu'il ne faut pas considérer le choc psychique contemporain du traumatisme comme étant le seul facteur étiologique ; les modifications graduelles de la vie intellectuelle qui suivent cet événement peuvent jouer aussi un rôle à ce point de vue. Les pensées, les soucis d'avenir, de famille, etc., qui assaillent le malade, expliquent sa disposition à l'hypochondrie, à la mélancolie et rendent compte de la fréquence particulière de la névrose traumatique dans la classe

pauvre, laborieuse, dont l'avenir n'est pas assuré. Ces influences psychiques amènent un trouble dans les relations de la conscience et de l'organisme, d'où des symptômes hystériques; ceux-ci dépendent de l'état psychique du malade et doivent être bien différenciés de ceux qui sont l'expression objective de lésions organiques des nerfs.

La façon d'examiner un malade a aussi, d'après l'auteur, une grande influence sur l'éclosion de symptômes psychogènes : on peut presque les faire naître à volonté.

Au point de vue du *diagnostic différentiel*, il faut savoir que certains malades sont enclins à rapporter à un traumatisme leur maladie, dont la cause est cependant tout autre (artériosclérose, alcoolisme, etc.).

Il importe aussi beaucoup de *dépister la simulation*. Elle est d'ailleurs rare et difficile. Pour diagnostiquer la simulation, il faut bien moins s'appuyer sur un symptôme objectif que sur l'ensemble des symptômes, sur l'ensemble de l'état psychique du malade et sur des considérations tirées de sa situation, de son métier, de sa réputation, etc. Il faut toujours se souvenir de ce que les symptômes liés à l'état de la conscience sont soumis à des règles autres que ceux de cause anatomique, et se rappeler que, par conséquent, l'inconstance de certains symptômes accusés, ou la tendance des malades à les exagérer ne donnent pas au médecin le droit de douter de leur réalité.

Strümpell croit qu'il faut être circonspect dans les expertises au sujet des indemnités et rentes à accorder dans le cas de névrose traumatique; la nécessité de travailler et l'effort de volonté nécessaire pour cela est souvent le seul facteur réel de la guérison. Une condition des plus défavorables pour le pronostic et pour le traitement est la lenteur de la décision médicale dans l'attente de laquelle la maladie s'enracine. Lorsque la maladie sera mieux connue quant à sa nature, ces conséquences fâcheuses pourront être évitées.

L'autre rapporteur, le d[r] Wernicke, a exprimé l'opinion qu'un substratum organique sera peut-être trouvé un jour pour les névroses traumatiques, comme il l'a été pour l'épilepsie, le tétanos, la paralysie générale, mais il trouve le nom et la conception des névroses traumatiques heureusement choisis et provisoirement indispensables; selon Wernicke, la simulation véritable est rare dans le cas de névrose traumatique, mais certaines méthodes d'examen ont une action suggestive sur le malade; c'est du reste l'avis de plusieurs neuropathologistes. Si la simulation complète est peu fréquente, l'exagération se rencontre souvent. Si l'on a des doutes, il ne faut pas se prononcer et se borner à tenir la simulation pour possible.

Le point le plus discuté de la question est la pathogénie des symptômes morbides; Charcot y a vu surtout de l'hystérie traumatique;

les auteurs allemands ne partagent pas absolument ses vues sous ce rapport, et le dr Vibert, médecin-expert des tribunaux de la Seine, vient d'émettre une opinion différente de celle du prof. Charcot, basée sur l'étude des faits qu'il a observés.

Cette hypothèse lui paraît nécessaire pour expliquer le fait que la névrose traumatique se développe à peu près exclusivement chez une catégorie bien spéciale de blessés, à savoir, ceux qui ont été victimes d'un accident de voiture, de chemin de fer, etc. C'est une *commotion du système nerveux* qui, pour M Vibert, est la source des phénomènes de la névrose, et, ce qui éloigne ses vues de celles de Charcot et de ses partisans, c'est que ceux ci soutiennent l'hypothèse d'un trouble d'essence surtout psychique, tandis qu'il croit, lui, à un ébranlement dont l'origine est au moins autant physique que morale.

On comprend l'importance des névroses traumatiques, tant au point de vue médical pur qu'à celui des revendications émises par les victimes d'accidents, d'autant que ceux-ci surviennent de plus en plus fréquemment. L.

—

TRAITEMENT PHARMACEUTIQUE DU DIABÈTE.

De l'ouvrage que le dr Lécorché a publié sur le traitement du diabète, le *Journal de méd. et de chir. pratiq.* a extrait ce qui concerne les médicaments employés dans cette affection.

Parmi les antidiabétiques que l'on peut appeler complets, les *alcalins*, et spécialement le *bicarbonate de soude* tiennent le premier rang. M. Lécorché considère ce dernier sel comme étant en quelque sorte la pierre de touche du diabète ; il permet d'apprécier immédiatement le degré de gravité de la maladie. C'est le premier médicament à administrer à un diabétique dont on veut mesurer la réaction aux médicaments. Son efficacité sera d'autant plus grande et plus rapide que le diabète est moins grave ; s'il reste sans action ou s'il ne produit que des effets insignifiants sur la glycosurie, on peut être certain qu'on se trouve en présence d'une forme grave, et il faut s'attendre dans un avenir plus ou moins rapproché à voir apparaître des complications sérieuses.

M. Lécorché le donne à la dose de 4 à 6 grammes par jour, pendant quinze jours à un mois. Il le fait prendre d'ordinaire en deux ou trois fois, 2 grammes, par exemple, à chaque repas.

A cette dose, dans les diabètes maniables, il n'est pas rare de voir tomber la proportion du sucre de 60 à 40, 30 et même 20 grammes pour 1000 en quinze jours.

C'est le type de l'antidiabétique complet, car en même temps que

le sucre diminue, le chiffre de l'urée s'abaisse aussi, la polyurie diminue et l'amaigrissement s'arrête.

Même chez les diabétiques débilités, il ne faut pas hésiter à prescrire le bicarbonate de soude; à cette dose de 4 à 6 grammes, il peut être continué longtemps, avec des intervalles de repos, sans le moindre inconvénient.

Les *sels de lithine* sont inférieurs au bicarbonate de soude.

Le *salicylate de soude* a été très discuté : il paraît surtout indiqué dans des cas de diabète liés à la goutte. Chez les diabétiques qui ont présenté antérieurement des accès de goutte articulaire ou qui se rattachent par leurs antécédents à la famille goutteuse, il a toujours paru agir comme un antidiabétique complet. Il ne faut pas oublier que ce sel est un puissant éliminateur d'acide urique, tout en agissant, comme le bicarbonate, par sa base alcaline; il n'est donc pas étonnant qu'il possède une action plus marquée que le sel sur les diabétiques uricémiques.

Quant à la dose, M. Lécorché n'est pas partisan des doses élevées administrées par les auteurs allemands; ces doses ne sauraient être tolérées au delà de quelques jours, sans entraîner des troubles gastriques ou des phénomènes nerveux. Il prescrit le salicylate comme dans la goutte chronique, en petites quantités, de manière à pouvoir en prolonger l'usage pendant plusieurs semaines]: 1 à 2 grammes par jour, pris aux repas, pendant quinze à vingt jours.

Le *bromure de potassium* peut avoir son utilité, mais il importe de ne pas forcer les doses. 6, 8 et 10 grammes par jour sont des doses excessives et dangereuses qu'il ne faut jamais prescrire. On ne doit pas dépasser la dose quotidienne de 2 à 4 grammes au plus. Administré ainsi, il combat avantageusement le diabète des sujets nerveux et impressionnables, le diabète des femmes en particulier. Il agit dans ces cas à la fois comme alcalin et comme sédatif.

Les *opiacés* peuvent aussi être utilisés et méritent la faveur qu'on leur a toujours attribuée dans le traitement du diabète. Très rapidement, l'opium atténue la boulimie, la soif et la polyurie; il fait baisser la glycosurie et en même temps ramène à la normale l'excrétion de l'urée; il favorise le retour de l'embonpoint, et on peut dire que l'association de l'opium aux alcalins constitue la meilleure médication à opposer au diabète.

M. Lécorché n'utilise guère d'autre préparation que l'extrait thébaïque, à la dose de cinq centigrammes par jour, sous forme de pilules de 0,025 milligrammes à prendre matin et soir. Il le donne rarement seul, mais associé le plus souvent soit aux alcalins, soit à l'arsenic. Il ne faut pas en prolonger trop longtemps l'usage; il est

préférable de l'administrer d'une façon intermittente, pendant quinze à vingt jours d'abord, avec une suspension d'une à deux semaines, pour en apprécier les effets, et de le reprendre ensuite à une dose plus faible ou plus forte suivant les cas.

L'*arsenic* agit aussi dans le même sens que l'opium et les alcalins qui retardent l'amaigrissement et diminuent en même temps la glycosurie, l'azoturie et la polyurie. M. Lécorché prescrit habituellement la liqueur de Fowler (arséniate de potasse), à la dose de 15 à 20 gouttes par jour, à laquelle il associe d'ordinaire 2 à 3 gouttes de laudanum de Sydenham. Ces gouttes doivent être prises avant le repas, pendant un temps plus ou moins long, suivant l'intensité du diabète, trois semaines au moins.

Parmi les autres substances capables de faire baisser temporairement la glycosurie, il faut encore citer l'*antipyrine*, qui peut être donnée à la dose de 3 à 4 grammes par jour concurremment avec les alcalins.

Quant aux semences de *jambul*, les recherches les plus récentes tendent à leur refuser une utilité quelconque dans la thérapeutique du diabète.

Après cette énumération, *il y a lieu de se demander s'il est utile de prescrire des médicaments aux diabétiques ;* tel n'est pas l'avis, exprimé au dernier Congrès de Berlin, par le prof. Leyden.

On accorde, à tort, selon lui, une grande importance aux médications qui ont pour effet de faire disparaître le sucre des urines. Une fois ce résultat atteint, on voit disparaître du même coup, une série de symptômes très pénibles, notamment la polydypsie, la polyurie, la sécheresse de la peau. Aux yeux de beaucoup de médecins, la maladie paraît alors être guérie. Or, il s'agit là d'un effet trompeur, obtenu à l'aide de médications purement symptomatiques. Parce que certains symptômes ont disparu, la disposition vicieuse n'en subsiste pas moins, en vertu de laquelle l'organisme ne peut plus utiliser pour les besoins des échanges nutritifs le sucre d'origine alimentaire. Le résultat n'est pas beaucoup plus brillant, lorsqu'il consiste dans une diminution de la glycosurie obtenue à l'aide de médicaments tels que la quinine, le salol, l'acide salicylique, l'antipyrine, etc.

L'auteur condamne même le régime imposé aux diabétiques.

Le régime qualifié d'antidiabétique, qui supprime toute ingestion d'aliment sucré ou saccharifiable est très mal supporté et ne va pas sans entraîner des dangers pour le malade. Un régime propre à engendrer l'anorexie, le dégoût et des vomissements ne peut qu'être funeste au diabétique.

L'essentiel, pour lui, est de fournir au diabétique une quantité

suffisante de matériaux alimentaires assimilables, sous une forme qui n'engendre pas le dégoût, à éliminer aussi rapidement et aussi complètement que possible le sucre, dont l'accumulation dans le sang et dans les humeurs est la cause prochaine des principales manifestations du diabète. Pour remplir cette indication, il faut accorder au diabétique une quantité suffisante de liquide.

Il convient d'ajouter que la plupart des cliniciens ne sont cependant pas de l'avis du prof. Leyden sur l'inutilité ou les dangers du traitement et de l'hygiène imposés aux diabétiques ; au moins, dans la la pratique, il est bien difficile de se dispenser de les prescrire.

L.

—

HYGIÈNE ET TRAITEMENT DES CHORÉIQUES.

Il est peu d'affections contre lesquelles on ait proposé plus de médicaments que la chorée, et cependant les remèdes n'ont le plus souvent qu'un effet palliatif

Comme l'indique l'exposé présenté par le *Bulletin médical* de l'opinion de certains cliniciens, c'est surtout aux moyens hygiéniques qu'il faut avoir recours.

Le dr Comby recommande les précautions suivantes :

Les enfants choréiques seront isolés autant que possible; on fera autour d'eux le calme le plus complet, on ne leur demandera aucun travail, on ne leur imposera aucune contrainte. Ils n'iront pas à l'école, ne liront plus, n'écriront plus. On les sortira au grand air le plus possible; on les emmènera à la campagne. La nourriture sera légère et d'une digestion facile (lait, laitage, œufs, viandes tendres et bien cuites, purées de légumes). On assurera la liberté du ventre par des purgatifs, si cela est nécessaire.

On évitera le séjour au bord de la mer, trop excitant pour les enfants nerveux et trop humide. On les tiendra chaudement, on leur fera porter de la flanelle, pour éviter les refroidissements et les rhumatismes.

Si la chorée est très grave, si les mouvements sont incessants et incoercibles, on capitonnera le lit de l'enfant de façon qu'il ne puisse se blesser et on ne le perdra pas de vue un instant.

1° Si le cas est léger, les moyens hygiéniques suffisent : *isolement relatif*, *repos physique et intellectuel*, *promenades au grand air*, *douches ou bains sulfureux*.

2° Si le cas est intense, on donnera *le bromure de potassium* ou l'*antipyrine* à la dose de 2 à 3 grammes par jour.

Si ces remèdes échouent, on aura recours à l'*arsenic* à doses progressives.

S'il y a insomnie persistante, on donnera, le soir, une dose modérée de *chloral* ou de *sulfonal* (50 centigrammes); si le cas est très grave, on forcera la dose des hypnotiques (2 à 3 grammes de chloral, 2 à 5 centigrammes d'extrait d'opium) et des antispasmodiques.

M. Joffroy est très partisan du *drap mouillé;* on prend de l'eau très froide (9 à 10°), on y trempe un drap qu'on exprime et on enveloppe le malade jusqu'au cou en pratiquant par-dessus des frictions énergiques. Quand le patient est bien réchauffé, on l'enroule dans plusieurs couvertures et on le laisse vingt-cinq à trente minutes; pour activer la réaction, on peut mettre des boules d'eau chaude aux pieds. On répète l'opération deux fois par jour.

Les *ventouses sèches à la nuque, les pulvérisations d'éther* ou de chlorure de méthyle le long de la colonne vertébrale sont d'un effet moins sûr.

La *gymnastique cadencée et rythmée* avec chant convient aux cas de moyenne intensité.

La *gymnastique suédoise,* associée au massage, est très utile dans la plupart des cas.

L'électricité a été appliquée sous différentes formes; quelquefois elle est fort utile. M. Luys a employé les aimants.

Dans quelques cas spéciaux, la *suggestion* hypnotique ou à l'état de veille peut être efficace. L.

LES FRACTURES MÉCONNUES CHEZ LES ENFANTS.

Il n'est pas rare que des fractures passent inaperçues chez les enfants, et, comme des conséquences graves peuvent résulter de cette erreur de diagnostic, il est utile d'en rechercher les causes avec le dr Curtis.

La fracture peut ne pas attirer l'attention des parents qui n'observent pas bien leurs enfants. Mais, le plus souvent, la faute est au médecin. Il est vrai que le diagnostic en question présente chez les enfants des difficultés quelquefois considérables, que les petits malades ne se plaignent pas d'une façon bien précise et que les parents ne peuvent souvent donner aucun renseignement sur l'accident arrivé à l'enfant.

Une cause fréquente d'erreur est dans ces cas la tuméfaction produite par l'œdème et l'épanchement sanguin, tuméfaction quelquefois assez considérable pour masquer les signes propres de la fracture. La déformation peut être légère, insignifiante à cause du périoste intact qui maintient les fragments en place. D'un autre côté, quand la déformation existe, elle peut simuler, comme dans les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, une luxation.

L'impotence fonctionnelle manque souvent, et bien des fois on voit les enfants pouvoir lever les bras et exécuter toutes sortes de mouvements malgré une fracture manifeste de la clavicule.

A côté des difficultés qu'on rencontre chez les adultes, il faut encore compter, chez les enfants, avec l'indocilité, avec la sensibilité particulière des petits malades, avec la crainte des parents qu'on ne fasse trop mal à l'enfant pendant l'exploration.

Comment tourner le mieux toutes ces difficultés ? Tout d'abord l'examen doit être fait aussi complètement que possible. L'enfant doit être examiné, dans le cas où il a subi un traumatisme considérable, comme les blessés qu'on apporte sans connaissance à l'hôpital. Il faut examiner systématiquement tout le système osseux.

On commencera l'examen par les parties non blessées d'abord pour habituer l'enfant aux manipulations, ensuite pour être à même de faire un examen comparé avec le côté blessé. Si l'on soupçonne une fracture de la jambe, on pourra pincer ou chatouiller la peau pour voir si l'enfant remue le membre librement.

On examinera ensuite les articulations voisines au point de vue de leur mobilité normale ou anormale. Puis on procédera à l'exploration de l'os directement atteint.

On tâchera tout d'abord de déterminer s'il existe de la mobilité anormale. Pour cela, si l'os est fracturé par exemple à son milieu, on le saisira à chaque extrémité et on essaiera de déplacer les fragments l'un contre l'autre. Si la fracture siège au niveau de l'articulation, le mouvement qu'on imprime aux fragments doit être fait dans le sens opposé aux mouvements physiologiques, le plus souvent dans le sens latéral.

La douleur locale doit être recherchée en dernier lieu quand après avoir trouvé la mobilité anormale, la crépitation, on est presque certain du siège de la fracture. Une légère pression exercée à ce niveau avec le doigt fournit le renseignement désiré.

Dans le cas où, à cause des difficultés considérables ou de l'indocilité de l'enfant, l'examen ne peut être fait, on aura recours à la narcose chloroformique qui, chez l'enfant, ne présente aucun danger.

L.

—

MODE D'ADMINISTRATION DU MERCURE ET DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LA SYPHILIS.

Il ne suffit pas de savoir que le mercure et l'iodure de potassium sont les spécifiques de la syphilis, il faut encore apprendre à bien se servir de ces agents thérapeutiques.

Ainsi, pour l'emploi des *frictions mercurielles*, la technique a une très grande importance et elle doit être, fait remarquer le d[r] Brocq, expliquée minutieusement au malade ; la voici, telle qu'il l'indique :

Le premier soir, le malade savonne la jambe gauche avec de l'eau chaude, l'essuie, prend trois ou quatre grammes de pommade mercurielle et fait une friction d'un quart d'heure; la jambe est ensuite enveloppée de flanelle qui reste en place toute la nuit. Le lendemain matin, le membre est savonné soigneusement.

Le second soir, la même opération est faite sur la cuisse gauche, le troisième sur la cuisse droite, le quatrième sur la jambe droite, et les soirs suivants on recommence dans le même ordre. Aussitôt que la peau présente un point rouge, il faut cesser et faire les frictions sur le thorax ou sur les bras.

Il est préférable, lorsque cela est possible, que ce soit le malade lui-même qui fasse ses frictions; il vaut mieux également qu'il soit penché en avant et ait la tête au-dessus du point frictionné, car il est bien démontré que l'absorption pulmonaire de vapeurs de mercure a, dans ce procédé, une grande importance.

Les frictions sont faites de cette manière, pendant huit jours de suite. Le malade se repose ensuite six jours, puis reprend le traitement pendant huit jours. Pendant tout ce temps, il doit prendre de l'iodure, ce qui fait une période de traitement de 22 jours. Presque toujours, si le traitement est fait avec soin, on constate une grande amélioration.

M. Brocq ne prescrit jamais le sirop de Gibert, qui a l'inconvénient d'être une préparation fixe et qui ne se modifie pas suivant les circonstances. *Il est préférable de donner séparément le mercure et l'iodure*, qu'on peut prescrire d'après la formule suivante, en variant les doses suivant les cas :

Liqueur de Van Swieten	300 grammes
Elixir parégorique	2 —

Une cuillerée à soupe le matin dans du lait.

Iodure de potassium	40 grammes
Eau distillée	160 —

que l'on donne par cuillerées à café (contenant un gramme d'iodure) au moment des repas. L.

DU PANSEMENT HUMIDE DANS L'ECZÉMA.

L'article du d[r] Saalfeld *(Therap. Monats.)* a pour objet de s'inscrire en faux contre l'axiome à peu près universellement accepté que le traitement humide est en règle générale contreindiqué dans l'eczéma.

Hébra, convaincu cependant de l'effet utile de l'eau froide pour combattre le prurit, prétend que les bains chauds ou froids sont plutôt nuisibles qu'utiles dans l'eczéma aigu, qu'ils exagèrent l'éruption et les symptômes inflammatoires et qu'il ne faut en user qu'avec prudence.

Kaposi n'autorise les applications humides dans l'eczéma que dans les cas d'inflammation violente, accompagnée de douleurs vives et de tension des tissus : il préconise soit l'eau froide tout simplement, soit l'acétate de plomb basique (10 parties pour 500 d'eau), soit la liqueur de Burow (10 à 25 parties pour 100 d'eau), soit la solution de thymol (1 partie pour 1000 d'eau).

Les compresses doivent être renouvelées toutes les 2 à 3 heures.

C'est le pansement sec au moyen de l'application de poudres qui est considérée par la plupart des auteurs comme le traitement classique de la période aiguë de l'eczéma.

Le d[r] Saalfeld s'est appliqué à étendre l'emploi à cette période du pansement humide.

Il a recours de préférence aux compresses trempées dans un mélange à parties égales d'eau de Goulard et de solution boriquée à 3 p. c.; le mélange se fait chaque fois immédiatement avant l'emploi; les compresses sont renouvelées toutes les 10 ou 15 minutes et ne sont interrompues que la nuit; elles ne sont pas applicables non plus quand le malade ne tient pas la chambre.

Le mélange précédent peut être remplacé également par la simple solution boriquée.

Pour la clientèle pauvre, l'eau de Goulard est ce qu'il y a de plus recommandable : on la fait préparer économiquement en prescrivant 100 grammes d'acétate de plomb liquide; il suffit de verser une cuillerée à soupe de cette substance dans un litre d'eau bouillie pour obtenir extemporanément une eau de plomb analogue à l'eau de Goulard officinale.

Dans quelques cas, la solution boriquée ou l'eau de plomb est remplacée par la solution de thymol au millième, ou mieux encore par la liqueur de Burow diluée; cette excellente préparation, qui, comme on sait, est formée par de l'acétate d'alumine en solution, s'obtient comme suit :

Alun	5 gram.
Acétate de plomb	25 gram.
Eau	500 gram.

L'auteur a obtenu des résultats avantageux de ce traitement qu'il considère comme préférable dans tous les cas d'eczéma aigu au

pansement sec et il conseille de le continuer systématiquement jusqu'à ce que tous les symptômes inflammatoires, la douleur et les démangeaisons, aient disparu. L.

TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE.

Chez quatre jeunes femmes, dont deux primipares et deux multipares, M. Frommel a fait cesser les vomissements fréquents liés à la grossesse avec l'*orexine* administrée non sous forme de sel, comme on le fait d'ordinaire, mais à l'état de base. Sous cette dernière forme, le goût en est moins désagréable. Chez deux de ces femmes, les vomissements ont cessé dès le second jour ; chez les deux autres, il y eut amélioration immédiate, mais la guérison ne s'est produite qu'au bout de deux semaines. La dose a été de 30 centigr. deux ou trois fois par jour dans des cachets ou des capsules.

Nous avons déjà signalé comme une des meilleures ressources contre les vomissements incoercibles chez les femmes enceintes *les applications locales sur le col utérin.*

Le dr La Torre a obtenu par ce moyen un succès complet dans deux cas; dans un troisième cas, la malade ayant cessé le traitement, le résultat fut incomplet.

Il admet comme principe étiologique que les vomissements incoercibles de la grossesse sont dus à des réflexes provenant du col utérin dont la congestion anormale irrite les filets nerveux; se basant sur cette conception, il a appliqué sur le col des tampons imbibés de glycérine à l'ichthyol à 20 p. c. Tout autre moyen du même genre donnerait, croit-il, de semblables résultats. L.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 24 juin 1893.

Le 9 de ce mois, est décédé à Paris M. le professeur Michel Peter, qui appartenait à l'Académie en qualité de Correspondant étranger. — Une lettre de condoléance sera adressée à la famille du défunt.

RAPPORTS.

1. Rapport de la Commission qui a été chargée de l'examen du travail de M. F. Ranwez, chargé de cours à l'Université de Louvain,

intitulé : *Note sur le dosage des alcaloïdes dans les médicaments galéniques à base d'aconit, de belladone, de jusquiame, de stramoine et de ciguë.* — M. Van Bastelaer, Rapporteur.

« Le travail de M. Ranwez est le commencement d'une série de travaux qui ont pour but d'établir la richesse moyenne de nos produits officinaux en principes actifs. »

L'utilité de pareils travaux est indiscutable.

Les pharmacopées se préoccupent de plus en plus de préciser la proportion d'alcaloïdes, ou autres composés définis, que renferment les drogues simples les plus actives, telles que les racines, écorces, feuilles, extraits, latex, etc., de la droguerie. Elles arriveront, sans doute, à régler de la même manière le degré d'activité des extraits préparés en pharmacie, des teintures et autres médicaments galéniques fort actifs, et dont la composition est changeante en raison de la variabilité même de la composition des simples qui servent à leur préparation. Il faut nécessairement obvier à cette variabilité qui constitue parfois un véritable danger en médecine.

L'auteur du mémoire, avant d'indiquer les recherches qu'il a faites, commence par discuter les méthodes d'analyse, et développe celles qu'il a adoptées.

Ce procédé est le titrage alcalimétrique sur des liqueurs obtenues par les méthodes de Dieterich (chaux et éther), de Beckurts (ammoniaque et chloroforme) et surtout de Schweissinger et Sarnow (ammoniaque et chloroforme éthéré), modifiées selon les circonstances.

L'auteur ne dit rien des travaux de feu notre savant collègue Stas, dont la grande découverte fut le point de départ de toutes les méthodes actuelles sur la matière, et qui mérite que nous nous en souvenions toujours.

M. Ranwez s'en tient à l'examen des préparations belges, bien qu'il constate fort fréquemment dans nos pharmacies la présence de produits français ou allemands, qui sont loin d'être identiques aux nôtres, abus dangereux et connu, qu'il est utile de signaler à nouveau.

Les tableaux de composition que donne le mémoire prouvent une grande variabilité dans les produits de nos pharmacies, comme aussi une grande infériorité des médicaments achetés dans le commerce de la droguerie, et non préparés par nos pharmaciens eux-mêmes.

C'est un fait connu dès longtemps; mais il est bon qu'il soit redit à satiété et constaté souvent pour que l'on arrive à y obvier.

Puisse-t-on en revenir à l'obligation pure et simple, mais stricte et sévère, pour le pharmacien, de travailler et de faire lui-même ses produits! Ce serait le moyen de rendre à la profession le lustre, la dignité et la renommée scientifique dont elle déchoit de plus en plus, parce qu'elle abdique le travail de laboratoire et cède de plus en plus à des professions rivales les recherches et les travaux chimiques avec la renommée scientifique qui en est la conséquence.

La Commission propose d'imprimer le travail de M. Ranwez dans le *Bulletin*, et d'adresser des remerciements à l'auteur.

— Ces conclusions sont adoptées.

2. Rapport de la Commission à laquelle a été renvoyé l'examen du mémoire de M. le Dr Chantry, à Tournai, intitulé : *L'ophtalmie granuleuse à Tournai*. — M. Nuel, Rapporteur, analyse ce travail qui apporte quelques matériaux utiles à consulter. Il propose de voter des remerciements à l'auteur, de l'engager à continuer ses communications à l'Académie, et de déposer honorablement son travail aux archives. — Adopté.

DISCUSSIONS.

a. Suite de la discussion relative à la limitation, en Belgique, du nombre des pharmacies; *b*. Suite de la discussion de la proposition tendant à demander à la Législature que les lois concernant l'exercice de l'art de guérir soient appliquées par des tribunaux médicaux.

M. Depaire soutient que sa proposition n'est pas en opposition avec le texte et l'esprit de l'article 94 de la Constitution, et, à l'appui de sa thèse, il invoque l'opinion de M. Thonissen. Les tribunaux médicaux ne seraient en aucune façon des tribunaux extraordinaires; l'histoire nous montre que ceux-ci étaient des instruments serviles entre les mains des despotes, et c'est pourquoi notre pacte fondamental les a interdits.

Les tribunaux qu'il propose d'instituer seraient essentiellement des juridictions ordinaires, telles que celles dont l'art. 94 lui-même prévoit l'établissement en vertu d'une loi; ils ne seraient pas plus extraordinaires que les tribunaux de commerce, ou même les tribunaux électoraux et agricoles, dont on a préconisé récemment la création, et ils auraient l'immense avantage d'empêcher le retour de faits qui vont à l'encontre des lois sur la matière, parce que celles-ci sont appliquées aujourd'hui par des juges incompétents.

— La discussion est close.

M. Kuborn se rallie à la proposition de M. Gille, ainsi conçue :

« L'Académie royale de médecine, se plaçant au seul point de vue de l'exercice des différentes branches de l'art de guérir, émet l'avis que la limitation du nombre des pharmacies serait utile. »

Cette proposition est mise aux voix par appel nominal, et est adoptée par 20 voix contre 10 et 1 abstention.

— L'assemblée s'occupe ensuite des propositions soumises à l'Académie par M. Blas.

« 1° Organiser une surveillance plus efficace des pharmacies. »

— Cette proposition est adoptée à l'unanimité moins une voix.

« 2° Réviser les lois pour arriver à ce que le pharmacien soit réellement propriétaire de son officine; à ce que le système de prête-nom devienne impossible; que les règlements sur les spécialités soient observés et qu'une répression sérieuse des abus à charge des pharmaciens puisse se faire. »

— Adoptée à l'unanimité.

— La troisième proposition du même auteur est ainsi conçue :

« 3° Supprimer le diplôme de droguiste et exiger le diplôme de pharmacien pour tenir une droguerie. »

Elle est mise aux voix par appel nominal et adoptée par 22 voix contre 7 et 2 abstentions.

« 4° Accélérer le vote de la loi sur le cumul de la médecine et de la pharmacie. » — Adoptée à l'unanimité.

« 5° Tenir compte des connaissances spéciales acquises par les pharmaciens lorsqu'il s'agira de nommer des inspecteurs des denrées alimentaires ou de la désignation de laboratoires destinés à ces analyses, et lors de la nomination d'hommes compétents pour les recherches toxicologiques et judiciaires diverses et pour l'hygiène publique. » — Adoptée à l'unanimité.

— *M. le Président* dit qu'il reste à voter sur la proposition de M. Depaire, tendant à demander à la Législature que les lois concernant l'exercice de guérir soient appliquées par des tribunaux médicaux. La Commission à laquelle cette proposition a été renvoyée a émis une série de dispositions, dont la première est formulée en ces termes :

« 1° Il y a des tribunaux médicaux spécialement chargés de juger les infractions à la loi, et réglant tout ce qui est relatif à l'exercice des différentes branches de l'art de guérir. »

Cette disposition amendée par M. Masoin, qui propose de dire : « de juger les infractions aux lois, arrêtés et règlements concernant l'exercice de l'art de guérir. » est mise aux voix par appel nominal, et rejetée par 15 voix contre 15.

— L'Académie décide que les propositions qui viennent d'être votées ainsi que la discussion seront transmises au Gouvernement.

2. Suite de la discussion sur les communications relatives au choléra.

M. Crocq rend hommage à l'importance du travail de M. Rommelaere, qui met en discussion toutes les questions relatives au choléra Il admet la contagion, qu'il a, l'un des des premiers, démontrée expérimentalement, et rappelle ses recherches faites en 1886 et généralement passées sous silence par les auteurs.

Mais si la contagion est un fait, elle est incapable d'expliquer à elle seule, dans tous les cas, la production du choléra, ni de rendre compte des particularités de sa propagation. Pour y parvenir, il faut invoquer un autre facteur, qui est la constitution épidémique. Celle-ci se manifeste par les caractères qu'offre généralement l'allure des maladies à l'approche des épidémies, caractères signalés déjà en 1832. Sans cet élément, la contagion resterait impuissante et à elle seule la constitution médicale peut amener la production du choléra, comme on l'a vu à Valence en 1890 et à Paris en 1892.

Le choléra ainsi produit sur place, et disparaissant souvent sans s'étendre au loin, a été considéré comme une espèce particulière et désigné sous le nom de choléra nostras; on l'a opposé au choléra asiatique. L'orateur établit leur identité complète au point de vue des symptômes et des lésions. Il cite à l'appui la description du choléra faite en 1643 par le médecin belge Vander Heyden, ainsi que les considérations émises par Jules Guérin et ensuite par M. Widal. Ce

dernier auteur n'admet cependant pas l'identité du choléra asiatique, mais il leur attribue les mêmes caractères, et pour les différencier il s'appuie uniquement sur les bactériologies dont M. Crocq se propose de démontrer le peu de valeur.

Il expose ensuite, d'après Broussais, les lésions anatomiques du choléra, telles qu'elles ont été observées en 1832.

— La suite de ce discours est remise à la prochaine séance.

Séance du 29 juillet 1893.

RAPPORTS.

1. Rapport de la Commission qui a été chargée de l'examen du travail de M. le Dr N. Charles, à Liège, intitulé : *Trois nouvelles opérations césariennes conservatrices, pratiquées à la Maternité de Liège, avec succès pour la mère et l'enfant.* — M. Hicguet, Rapporteur.

Selon l'auteur de ce travail, la gastro-hystérotomie est indiquée quand on ne peut pas espérer obtenir, par les voies naturelles, avec ou sans symphyséotomie, un enfant vivant et sérieusement viable. C'est afin, dit-il, de contribuer à la diffusion de ce principe qu'il transmet à l'Académie la relation de trois nouvelles opérations césariennes pratiquées avec succès complet.

Après avoir rappelé un premier cas heureux de section d'après la méthode de Sänger, publiée en 1889 dans son *Journal d'accouchements*, M. Charles donne en détail trois autres observations où il a pratiqué avec succès, pour la mère et l'enfant, l'opération en question.

La première a trait à une femme légèrement albuminurique.

La seconde observation se rapporte à une femme enceinte pour la cinquième fois, ayant subi antérieurement une application de forceps, une perforation de la tête du fœtus, deux accouchements prématurés artificiels sans succès pour l'enfant.

Cette femme, dont le diamètre antéro-postérieur du bassin mesure 7 centimètres, veut avoir un enfant vivant et à terme, au prix de n'importe quelle opération.

Un succès complet suivit l'opération césarienne.

A propos de cette observation, M. Charles prétend que, dans ce cas, la symphyséotomie ne pouvait garantir un résultat aussi heureux.

On ne pouvait pas davantage, dit-il, associer la symphyséotomie à l'accouchement prématuré à huit mois et demi, parce que la clinique n'a pas encore suffisamment démontré les avantages de cette combinaison. Enfin, M. Charles renonça à la section pubienne, parce que la patiente, dont la profession exigeait de grands efforts, était exposée à ne plus pouvoir l'exercer faute d'une consolidation complète des symphyses. C'est là une erreur que la clinique, cette fois, met complètement à néant : la plupart des accoucheurs français et italiens (Spinelli, Pinard, Charpentier, etc.) qui ont pratiqué la symphyséotomie, déclarent que la consolidation du bassin se fait d'une façon parfaite et relativement rapide.

Après avoir donné en détail l'observation du quatrième cas (il s'agit ici de la femme qui a subi une première fois la taille césarienne en 1889, et chez laquelle l'opération pratiquée la seconde fois, a pleinement réussi), M. Charles termine en relatant une cinquième observation faite sur une primipare atteinte d'urémie dyspnéique au huitième mois de la grossesse. Cette femme a succombé, huit jours après l'opération, aux suites d'une anurie et d'une encéphalopathie urémique. Faite dans ces conditions, la taille césarienne n'avait presque pas de change de réussir. Il serait injuste de mettre à son passif cette opération.

Des opérations césariennes qu'il a pratiquées ou qui ont été publiées dans les journaux en ces dernières années, M. Charles croit pouvoir conclure :

« 1° Que cette opération n'est pas difficile, et qu'elle est à la portée de tous les praticiens sachant manier un bistouri.

» 2° Que, avec l'antisepsie et les précautions d'usage, elle a toute chance de réussir lorsque la femme n'est pas atteinte d'une maladie ou d'une lésion grave. »

Le rapporteur ne peut admettre sans réserve ces conclusions. En effet, la section césarienne exige une certaine habileté, une expérience opératoire spéciale, du sangfroid, qualités qu'on ne rencontre pas toujours chez des chirurgiens sachant manier le bistouri. La taille pubienne est beaucoup plus facile Quant à la mortalité de l'opération césarienne. elle est encore aujourd'hui supérieure à celle de la symphyséotomie, dont le succès est actuellement constant pour la mère, presque constant pour l'enfant.

» Le travail de M. Charles, dit le rapporteur, doit être classé parmi les meilleures contributions à l'opération césarienne. L'auteur n'est pas un inconnu ; notre Académie à déjà reçu de lui plusieurs communications scientifiques. Il est lauréat de l'Académie de médecine de Paris. Esprit sagace, travailleur infatigable, accoucheur et chirurgien habile et expérimenté, tels sont les titres qui le recommandent à notre Compagnie le jour où elle procédera au choix de Correspondants.

» Nous proposons : 1° d'adresser des remerciements à M. Charles; 2° d'insérer son travail dans le *Bulletin* de l'Académie. »

— Ces conclusions sont adoptées.

2. Rapport de la Commission à laquelle a été renvoyé l'examen du travail de M. F. Gilson, chargé de cours à l'Université de Gand, intitulé : *Note sur les caractères microscopiques des cachous et des gambirs*. — M. Herlant, Correspondant, Rapporteur.

Ce travail est basé sur ce fait, que les cachous, quels que soient leurs caractères extérieurs, sont préparés au moyen du bois de l'*Acacia Catechu*, tandis que les gambirs proviennent des feuilles des jeunes tiges de l'*Uncaria gambir*. L'auteur a pensé avec raison qu'il trouverait dans les parties insolubles de ces extraits, pour les cachous, les éléments du tissu ligneux; pour les gambirs, le parenchyme dissocié et les poils des feuilles.

La seule objection que l'on puisse faire à cette manière de voir,

c'est que si ces produits étaient plus soignés, si l'on filtrait avec précaution les décoctions, les caractères étudiés par l'auteur disparaîtraient. Quoi qu'il en soit, le travail de M. Gilson est original, très clair; il permet de résoudre, dans l'état actuel des choses, une question intéressante; enfin il est accompagné d'une planche très exacte.

« Dans ces conditions, votre Commission, dit le Rapporteur, a l'honneur de vous proposer d'adresser des remerciements à l'auteur et de publier son travail dans le *Bulletin* de l'Académie. »

— Ces conclusions sont adoptées.

LECTURES.

1. *Réflexions sur l'emploi des injections sous-conjonctivales de sublimé dans les affections oculaires. Du traitement des conjonctivites purulentes, des inflammations de l'iris et de la choroïde;* par M. Borlée, Membre titulaire.

L'auteur s'étonne que les injections sous-conjonctivales de sublimé abandonnées depuis plusieurs années à cause des insuccès, aient été de nouveau préconisées par MM. Coppez et Gallemaerts, oculistes à l'hôpital Saint-Jean. Il est loin de partager l'enthousisme dont sont animés ces honorables praticiens en faveur de ce nouveau mode de traitement, et n'hésite pas à déclarer qu'ils s'exposent à des mécomptes.

A l'appui de cette médication, M. Gallemaerts a fait connaître de très nombreuses observations recueillies à la clinique de M. Coppez. Malheureusement elles sont trop écourtées, et le mémoire se borne à mentionner très brièvement la lésion que l'auteur a eu à traiter. Il garde le silence sur les causes de l'affection et sur les symptômes accusés par les malades.

Les affections oculaires soumises au traitement par les injections sous-conjonctivales de sublimé sont : l'ophtalmie sympathique, les kératites, les iritis, les choroïdites et les irido-choroïdites, etc.

A propos des kératites, M. Gallemaerts avoue qu'elles étaient souvent compliquées de congestion de l'iris ou d'iritis. Comment espère-t-il triompher de ces complications par le sublimé? Oublie-t-il, dit M. Borlée, qu'elles causent des douleurs souvent très vives, sus-ou péri-orbitaires? Pourquoi garde-t-il un silence absolu sur le traitement antiphlogistique, si utile pour soustraire les malades à leurs souffrances?

M. Borlée indique la médication qu'il a toujours suivie, lorsqu'il était professeur de clinique ophtalmologique, dans les nombreuses variétés de kératites, profondes, interstitielles, parenchymateuses, ulcéreuses, etc.; c'est aux émissions sanguines locales qu'il avait d'abord recours pour combattre les lésions inflammatoires des membranes, si vasculaires, de l'iris et de la choroïde. Il prescrivait ensuite la solution de nitrate d'argent concentrée, puis celle d'iodure de potassium, et, en dernier lieu, les collyres laudanisés, contenant du sulfate de cadmium. Il a ainsi obtenu de nombreux succès que les auditeurs à sa clinique ont pu constater; c'est là d'ailleurs un traitement plus judicieux, plus rationnel, on en conviendra, dit-il.

M. Borlée n'est pas adversaire quand même du sublimé, mais il

l'emploie comme microbicide et antiseptique dans les ophtalmies purulentes, qui toutes sont contagieuses et spécifiques.

Quant au traitement rationnel de ces graves affections, c'est à la méthode abortive que l'on doit donner la préférence.

Après avoir tracé brièvement les caractères communs à toutes les ophtalmies purulentes, l'orateur explique l'action physiologique du traitement abortif qu'il décrit minutieusement. Employé au début, toujours ce traitement prévenait les graves lésions de la cornée, et la guérison des malades était presque toujours assurée.

Il passe ensuite aux affections de l'iris et de la choroïde.

Les causes et les symptômes de la congestion de l'iris, connue autrefois sous le nom d'amaurose sténique, sont rapidement signalés.

En décrivant la congestion de l'iris, l'auteur a soin de déclarer qu'elle est un des caractères de l'ophtalmie rhumatismale, maladie si fréquente dans la province de Liége, causée par les variations de température, les courants d'air froid, le froid humide surtout.

L'orateur parle ensuite du travail qu'il a présenté à l'Académie sur l'ophtalmie rhumatismale, affection sur laquelle quelques membres ont émis des doutes qui ont été réfutés.

Les signes tant objectifs que subjectifs démontrent qu'aucune autre affection ne peut être confondue avec elle. Des étudiants en médecine et plusieurs docteurs ont été témoins des symptômes offerts par les malades qui ont été traités aux consultations, avec succès, par le traitement antiphlogistique, surtout par les sangsues appliquées à l'apophyse mastoïde, endroit rapproché des sinus où se jette la veine ophtalmique.

Un célèbre oculiste de Londres, Mackenzie, a donné une description magistrale de l'ophtalmie dite rhumatismale. Le diagnostic différentiel de cette affection et de la conjonctivite catharrale met hors de doute les différences essentielles qui existent entre elles, et ne permet plus de nier l'existence de la première, dont les accès douloureux, qui partent des nerfs ciliaires pour s'irradier aux rameaux de la cinquième paire, n'existent dans aucune autre maladie, excepté dans la choroïdite.

Du reste, dit l'orateur, puisqu'on admet des péricardites, des endocardites, des pleurésies, des péritonites, des méningites rhumatismales, pourquoi soutiendrait-on que l'œil ne puisse pas être atteint de rhumatisme?

M. Borlée expose ensuite les inflammations de l'iris et de la choroïde. Quoique leur étiologie et leur symptomatologie offrent le plus vif intérêt, l'auteur ne s'en occupe pas et renvoie, pour de plus grands détails, à son *Traité clinique de pathologie chirurgicale spéciale*, publié en 1876.

Le principal but de l'auteur, dans cette communication, a été de protester contre l'abandon des émissions sanguines dans les maladies oculaires.

2. *Prophylaxie des maladies contagieuses dans les écoles*; par M. Schrevens, Correspondant.

L'auteur recherche les causes du peu de succès qu'on obtient généralement dans la prophylaxie des maladies contagieuses dans les écoles. Il attribue cette situation à l'inertie de la plupart des administrations communales à l'égard de la surveillance sanitaire de ces établissements, et pose la question de savoir s'il ne serait pas utile d'engager M. le Ministre de l'agriculture, de l'industrie et des travaux publics à prier son Collègue de l'intérieur et de l'instruction publique de provoquer la rédaction d'instructions précises et nettes, qui seraient adressées directement au personnel enseignant des écoles officielles, libres ou adoptées.

Le travail de M. Schrevens sera adressé à M. le Ministre de l'agriculture, de l'industrie et des travaux publics.

— Les communications de MM. Borlée et Schrevens seront imprimées dans le *Bulletin*.

DISCUSSION.

Suite de la discussion sur les communications relatives au choléra.

M. le Président informe l'assemblée que M. Crocq a bien voulu céder son tour de parole à M. Delstanche, qui sera empêché d'assister à la prochaine séance. En conséquence, M. le président accorde la parole à M. Delstanche.

M. Delstanche éprouve une bien légitime satisfaction de pouvoir établir, en s'appuyant sur les écrits de son père, que celui-ci s'élevait déjà en 1849 contre l'emploi, alors général, des opiacés dans le traitement du choléra et de la diarrhée prémonitoire, et se prononçait en faveur de la médication évacuante, qui compte aujourd'hui tant de partisans.

C'est en se conformant aux préceptes de son père qu'il est entré lui-même en lutte contre l'épidémie de 1886, dans les paroisses des Minimes et du Sablon, où il exerçait les fonctions de médecin des pauvres, et il n'a pas eu lieu de le regretter. Il n'a eu qu'à se louer — hormis dans deux cas qui furent suivis de choléra d'ailleurs peu grave — de l'administration de la limonade citro-magnésienne. Il ne peut donc que se ranger à l'opinion de son savant collègue, M. Rommelaere, au sujet de l'efficacité de ce remède dans la période prémonitoire du choléra.

— Cette discussion sera continuée dans la prochaine séance.

VARIÉTÉS.

Un moyen de supprimer le goût. On vient d'appeler l'attention sur une plante, le *Gymnema silvestre*, qui jouit de la propriété de supprimer complètement les sensations gustatives et qui pourrait être administrée à ce point de vue à certains malades. Il suffit, par exemple, de se rincer la bouche avec une infusion de cette plante pour trouver le sulfate de quinine insipide.

—

Nous recevons à l'instant la lettre suivante sur laquelle nous nous empressons d'attirer l'attention de nos lecteurs.

Messieurs les rédacteurs de *La Revue médicale de Louvain*,

Le bureau de la Fédération médicale vous prie de vouloir bien insérer dans votre estimable journal l'*avis* ci-joint relatif à l'*enquête sur l'assistance médico-rurale gratuite des indigents*, dont la Fédération a été chargée par M. le Ministre de la Justice Votre dévouement connu aux intérêts des praticiens lui est un sûr garant que vous ne lui refuserez pas l'hospitalité de vos colonnes, pour laquelle il se permet de vous présenter d'avance, ses bien sincères remercîments.

Pour le bureau de la Fédération médicale :
Dr G. BORGINON.

Voici cet avis :

Messieurs les médecins de campagne qui n'ont pas encore répondu aux questions de l'*enquête sur l'assistance gratuite des indigents*, organisée par la Fédération médicale belge, à la demande de M. le Ministre de la Justice, sont instamment priés d'envoyer leurs réponses, sans plus de retard, au Secrétariat de la Fédération, rue Dupont, 58, à Bruxelles.

Les honorables confrères qui, par oubli ou erreur de la Poste, n'auraient pas reçu les documents de l'enquête (questionnaire et règlement, type élaborés par le département de la Justice) peuvent se les procurer en s'adressant au Secrétariat susdit.

—

CONCOURS DE LA SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE.

La Société belge de gynécologie et d'obstétrique a fondé un concours international annuel. Le premier sera clôturé le 1er septembre 1894. Les manuscrits écrits en français doivent être adressés au Secrétaire de la Société, M. le d^r Jacobs, 12, rue des Petits-Carmes à Bruxelles. Ils doivent être accompagnés d'un pli cacheté renfermant nom, adresse, titres de l'auteur et porter une devise qui sera reproduite dans le pli cacheté.

Question posée : *Chercher à établir par des expériences personnelles, anatomiques, physiologiques, chimiques, etc., le rôle rempli dans l'organisme par l'écoulement menstruel.*

Le prix consiste en une somme de 300 francs.

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE.

(Suite.)

Traitement de la blennorrhagie aiguë par les injections.

Première période. Injections antiseptiques.

Ainsi que je l'ai dit en terminant l'article précédent, le bichlorure de mercure, le permanganate de potasse et le nitrate d'argent sont les antiseptiques le plus en faveur dans le traitement de la blennorrhagie; aussi c'est de ceux-là que je vais particulièrement m'occuper.

Bichlorure de mercure. Le sublimé est communément considéré comme le premier des antiseptiques, mais, je me hâte de le dire, il n'est pas le premier des antiblennorrhagiques; ce qui prouve qu'il ne faut pas seulement tenir compte en l'espèce du microbe en présence, mais encore du terrain sur lequel il se développe.

Ce n'est pas que les injections de sublimé ne produisent des effets appréciables dans la blennorrhagie aiguë; elles paraissent au contraire faire merveille, lorsqu'on y a recours au début de la maladie, en plein stade inflammatoire : au bout d'un temps très court, la turgescence du méat, le gonflement et la sensibilité de l'urèthre disparaissent, les mictions cessent d'être douloureuses, les érections nocturnes deviennent moins fréquentes et moins pénibles et l'écoulement purulent, abondant et empesant le linge, se transforme en un suintement aqueux à peine appréciable.

En un mot, les signes extérieurs de l'affection sont à ce point effacés que beaucoup de malades se croient guéris au bout de quelques jours, et que le médecin est obligé — ce que j'ai dû faire souvent — de leur enlever cette consolante illusion.

Ce n'est qu'une illusion en effet : il suffit de suspendre les injections de sublimé pour voir reparaître, sinon les phénomènes inflammatoires qui sont en général définitivement supprimés, au moins l'écoulement jaune-verdâtre caractéristique, et la maladie continuer son évolution, comme si de rien n'était.

Il ne sert même à rien de prolonger en quelque sorte indéfiniment l'usage du sublimé; je suis d'accord avec le plus grand nombre et les meilleurs de ceux qui ont expérimenté le remède, pour dire qu'il ne conduit pas à la guérison; je ne suis pas même bien sûr qu'il s'oppose à l'extension de la maladie; à coup sûr, il n'y a qu'une observation superficielle ou insuffisamment prolongée qui puisse faire croire encore à son action curative.

Dans la grande majorité des cas, *les injections de sublimé n'ont qu'un effet palliatif*; elles suspendent les manifestations de la blennorrhagie, comme si elles contrariaient simplement le développement du gonocoque sans le détruire; elles permettent ainsi aux malades — et c'est là leur avantage — de traverser avec le moins de gêne possible la période la plus pénible de la maladie; elles sont supérieures sous ce rapport aux injections au permanganate de potasse et au nitrate d'argent, qui, loin d'atténuer d'abord la douleur et les phénomènes inflammatoires, les exagèrent, et qui, à cause de cela, ne sont souvent pas acceptées ou tolérées pendant la phase très aiguë de la blennorrhagie.

C'est pourquoi on commence volontiers le traitement par les injections au sublimé; seulement, il ne faut pas les conserver au-delà des huit ou dix premiers jours; à ce moment, la période inflammatoire est passée et il est temps d'en venir à des injections plus efficaces, si l'on ne veut perdre un temps précieux, et risquer de voir la maladie gagner l'urèthre postérieur.

Or, il est facile de comprendre, d'après ce que j'ai dit précédemment, que le traitement de la blennorrhagie par les injections ne peut être couronné de succès que si l'affection reste cantonnée dans l'urèthre antérieur.

En présence de la supériorité dûment constatée du permanganate de potasse, je suis, quant à moi, décidé à restreindre de plus en plus l'emploi du sublimé, sinon à l'abandonner tout à fait.

Le sublimé se prescrit dans la blennorrhagie en solution à 1 p. 10000 ou à 1 p. 20000; je n'ai pas constaté de différence entre les effets de l'une ou de l'autre solution et je me tiens pour cela d'ordinaire à la solution au vingt-millième; il est remarquable que cette solution, si faible qu'elle soit, — mais c'est une rare exception — n'est

pas toujours tolérée ; il survient parfois des douleurs qui forcent à abaisser davantage encore la concentration du remède ou à y renoncer complètement.

Le dr Watier a conseillé, pour rendre les injections de sublimé plus aisément supportables, sinon plus efficaces, d'additionner la solution d'antipyrine (1 p. c.) : je n'ai trouvé aucun avantage à cette combinaison.

On peut formuler simplement comme suit :

Bichlorure de mercure	1 centigramme.
Eau distillée	200 grammes (1).

Tr. 5 à 6 injections par jour.

Il m'arrive encore de formuler ainsi :

Bichlorure de mercure	1 centigramme.
Chlorure de sodium	aa
Acide tartrique	5 centigrammes.
Eau commune	200 grammes.

C'est une formule que j'ai conseillée jadis pour les solutions antiseptiques au sublimé ; l'addition de chlorure de sodium a pour but d'empêcher la précipitation du sublimé par les substances salines de l'eau ordinaire : celle-ci peut alors être employée au lieu d'eau distillée ; l'addition d'acide tartrique prévient de son côté la précipitation du sublimé par les matières albumineuses qui se trouvent à la surface de l'urèthre.

Permanganate de potasse. A propos du traitement abortif, j'ai dit que le permanganate de potasse est bien près d'être le remède spécifique de la blennorrhagie ; les observations que j'ai recueillies depuis n'ont fait que me confirmer davantage dans cette appréciation.

Sans doute, c'est en irrigations uréthrales, comme je le dirai plus tard, qu'il manifeste toute sa puissance, mais même en injections, je le considère depuis longtemps comme le meilleur des antiblennorrha-

(1) Pour faire retenir plus facilement les prescriptions qui vont suivre, je formulerai invariablement pour 200 grammes de véhicule.

J'ajouterai qu'il est préférable, chaque fois que la chose est possible, de faire chauffer le liquide à 40° ou 45° ; les injections sont ainsi moins désagréables et plus efficaces.

giques; mes malades, convaincus eux-mêmes de sa supériorité, viennent souvent me demander de leur en prescrire de nouveau, lorsqu'il m'arrive de l'abandonner; tous sont unanimes à dire que c'est le remède qui leur fait le plus de bien.

Le permanganate de potasse est un de nos bons antiseptiques; toutefois, d'après le dr Janet, son action microbicide dans la blennorrhagie serait très minime : il agirait surtout en provoquant à la surface et dans l'épaisseur de la muqueuse une abondante exsudation de sérosité, qui, tout en balayant le gonocoque, rendrait le milieu de culture inhabitable pour lui. Ce serait là, mais peu nous importe, le secret de la supériorité du permanganate sur les autres antiseptiques usités dans la blennorrhagie.

Quoi qu'il en soit, *je conseille de recourir aux injections de permanganate à une époque aussi rapprochée que possible du début de la blennorrhagie aiguë*; en se servant de solutions suffisamment diluées, il sera souvent possible de les faire tolérer dès les premiers jours; leur concentration sera ensuite graduellement augmentée.

C'est en agissant ainsi qu'on a, d'après moi, le plus de chances d'arriver à détruire le virus blennorrhagique avant qu'il n'ait envahi l'urèthre postérieur, et d'obtenir par les injections des résultats qui ne sont guère inférieurs à ceux des irrigations.

Malheureusement, les injections répétées de permanganate ne vont pas, surtout au début, sans quelques ennuis; elles occasionnent facilement un œdème considérable de la verge et du prépuce, exagèrent les symptômes inflammatoires et la douleur, et provoquent une exsudation séreuse abondante, parfois teintée de sang. Il y a des malades qui regimbent et d'autres pusillanimes qui ne veulent pas même entendre parler d'un traitement un peu pénible; c'est pour ceux-là que je conserve les injections au sublimé pendant les premiers jours.

Au moins, *les injections de permanganate seront continuées pendant toute la période d'état de la maladie*, c'est-à-dire pendant deux à trois semaines.

Le titre de la solution employée en injections varie de 1 p. 4000 à 1 p. 1000; soit :

Permanganate de potasse 5 à 20 centigrammss.
Eau distillée 200 grammes.

Tr : 5 à 6 injections par jour.

Si on s'adresse au permanganate tout au début du mal, on commence par la solution la plus faible, 1 p. 4000, pour passer rapidement mais graduellement à la solution normale à 1 p. 2000; la solution à 1 p. 1000 sera réservée pour les derniers jours du traitement ou pour les cas rebelles; il ne faut guère songer à faire tolérer une solution plus forte en injections.

Nitrate d'argent. A l'inverse du permanganate de potasse dont la vogue est toute récente, le nitrate d'argent est un des plus vieux remèdes en usage dans la blennorrhagie.

Ce n'est pas le moins efficace; toutefois, d'après le dr Janet, le permanganate mérite la préférence, et, d'après ce que j'ai observé, je suis tout disposé à me rallier à son opinion.

Le prof. Reverdin écrit aussi que c'est le permanganate qui lui a donné les meilleurs résultats et auquel il est resté fidèle depuis plus de huit ans.

Par contre, Friedheim, assistant du prof. Neisser, à la suite de nombreuses expériences sur presque tous les médicaments antiblennorrhagiques, dit avoir constaté que seul le nitrate d'argent agit d'une manière favorable comme bactéricide, sans irriter la muqueuse.

Il n'y a pas longtemps que le nitrate d'argent est estimé à sa juste valeur comme antiseptique et les travaux du prof. Guyon en particulier tendent à le présenter comme l'antiseptique par excellence pour la muqueuse urinaire.

Il n'est pas mauvais de rappeler ici que le nitrate d'argent est réputé depuis longtemps comme le médicament héroïque des conjonctivites blennorrhagiques.

Bref, je suis convaincu, pour l'avoir expérimenté, que *le permanganate de potasse et le nitrate d'argent sont tous les deux des antiblennorrhagiques éprouvés, les meilleurs assurément, peut-être même les seuls efficaces, et qu'on peut avoir recours à l'un ou à l'autre à peu près indifféremment, à l'exclusion de toute autre médication, du commencement à la fin de la blennorrhagie aiguë.*

Mais, je le répète, je préfère commencer le traitement par le permanganate et l'achever par le nitrate d'argent.

Il existe dans le public des préjugés très enracinés relativement aux injections de nitrate d'argent; ce sont elles surtout qu'on a accusé

de provoquer des rétrécissements; aussi, on aura souvent besoin de rassurer les malades en faisant valoir le titre excessivement faible des injections prescrites.

Le médecin doit aussi être prévenu que le nitrate d'argent, même à faibles doses, a l'air dès le début d'aggraver la situation au lieu de l'améliorer : la douleur s'exagère, l'écoulement augmente en abondance, et, s'il était devenu muqueux et transparent, il redevient purulent et épais.

On aurait tort d'abandonner pour cela l'usage du remède, comme font souvent de commun accord en pareil cas le malade et le médecin ; cette recrudescence, que j'ai déjà signalée, est passagère; la tolérance s'établit au bout de quelques jours par la disparition de la douleur et la suppression de l'écoulement.

Seulement, il est indispensable pour cela de n'employer que des doses faibles; les fortes doses, employées autrefois, doivent être proscrites, d'autant plus qu'elles ne donnent nullement un effet meilleur.

On ira graduellement de la solution à 1 p. 4000 à la solution à 1 p. 2000, et on n'atteindra que dans des cas exceptionnels 1 p. 1000; on prescrira donc :

Nitrate d'argent	5 à 10 centigrammes.
Eau distillée	200 grammes.

Les injections de nitrate d'argent seront continuées jusqu'à la fin de la maladie, fréquentes d'abord (4 à 5 par jour), *puis de plus en plus rares :* 2 par jour, puis une tous les jours ou tous les 2 jours, pendant plusieurs semaines, alors même que l'écoulement a cessé.

—

Je signalerai encore quelques autres antiseptiques qui sont particulièrement bien tolérés par l'urèthre et qui ont été recommandés par des observateurs sérieux ; on sera quelquefois bien aise de les avoir à sa disposition pour des cas rebelles ou chez des malades qui aiment que le médecin change la formule à chaque visite; on prétend au surplus qu'il est avantageux de ne pas employer trop longtemps le même remède, toute injection perdant de son efficacité dès que l'urèthre y est accoutumé ; cette opinion est très contestable.

On ne perdra pas de vue dans tous les cas que les substances étudiées précédemment forment la base du traitement de la blennorrhagie.

L'*ichthyol*, ou plutôt le sulfo-ichthyolate d'ammoniaque, a été recommandé par Neisser et par Jadassohn : celui-ci compare son efficacité à celle du nitrate d'argent; il aurait sur ce dernier l'avantage d'être notablement moins irritant et de pouvoir, par conséquent, être employé dès la première phase de la maladie. Il a l'inconvénient d'avoir une odeur désagréable, mais, s'il tache le linge, c'est sans le gâter, ce que ne font ni le permanganate de potasse ni le nitrate d'argent.

La dose initiale est à 1 p. c. :

Ichthyol	2 grammes.
Eau commune	200 grammes.

L'urèthre tolère des doses plus fortes d'ichthyol (jusqu'à 5 p. c.); je n'ai pas encore eu l'occasion de l'expérimenter.

La *résorcine*, en solution à 2 ou 3 p. c., est l'antiseptique le mieux toléré peut-être par l'urèthre; elle n'est pas sans avantages particulièrement au déclin de la blennorrhagie. La résorcine est exempte de couleur et d'odeur; on la donne dissoute dans l'eau simplement ou dans l'eau additionnée de glycérine.

Résorcine	4 à 6 grammes.
Eau commune	200 grammes.

Le *sulfate de thalline*, détrôné par l'antipyrine comme fébrifuge, ne mérite certainement pas la vogue retentissante que la réclame lui a faite comme spécifique de la blennorrhagie; c'est tout bonnement un palliatif : il a en outre l'inconvénient d'avoir une odeur forte, nullement désagréable sans doute, mais révélatrice; on le donne en solution aqueuse à 2 ou 3 p. c.

La *pyridine*, un produit dérivé du goudron, à odeur forte et désagréable, jadis vanté contre l'asthme, vaut moins encore que les sels de thalline, d'après mes observations. Le dr Rademaker a prétendu qu'en solution aqueuse à 1/4 ou 1/2 p. c., elle procurait la guérison complète en trois ou quatre jours!

Un peu moins enthousiaste, le dr Thiéry a affirmé pouvoir réduire à 12 jours la durée moyenne du traitement de la blennorrhagie, grâce aux injections à l'*iodoforme;* il le suspend dans l'huile d'amandes

douces ou la glycérine (1 p. 6); l'iodoforme, d'après lui, répond à trois desiderata : innocuité, analgésie, antisepsie ; mais comment s'exercerait l'action antiseptique de l'iodoforme, qui, comme on le sait, ne se développe qu'avec la plus grande lenteur, alors que la poudre est balayée de l'urèthre à tout instant par l'urine? Je n'ai pas de confiance dans ce traitement, et je laisse à d'autres le soin de contrôler les assertions du dr Thiéry.

Deuxième période. Injections astringentes.

Les astringents ont leur indication propre dans la blennorrhagie aiguë, lorsque les gonocoques ont disparu des exsudats, ce dont on s'aperçoit, à défaut de l'examen microscopique, par les modifications de l'écoulement qui devient filant et transparent.

En d'autres termes, les astringents sont destinés à combattre le catarrhe uréthral qui succède à l'infection; en les prescrivant plus tôt, on s'expose à provoquer des complications et à faciliter le passage de la maladie à l'état chronique.

Les astringents n'ont pas en effet des propriétés antiseptiques assez énergiques pour arrêter le développement des gonocoques; il faut en excepter *le nitrate d'argent*, le modificateur par excellence des muqueuses enflammées; aussi, c'est pour éviter les inconvénients des astringents employés prématurément que j'ai conseillé de terminer le traitement de la blennorrhagie aiguë par les injections de nitrate d'argent.

Je fais rarement appel aux astringents proprement dits; parmi ceux-ci, le *sulfate de zinc* s'est fait jadis la réputation d'un spécifique contre la blennorrhagie; l'expérience a prouvé, écrit Jullien, que le sulfate de zinc est le modificateur par excellence de l'urèthre enflammé.

Il n'est pas contestable que le sulfate de zinc a rendu des services à l'époque du traitement méthodique de la blennorrhagie, alors qu'il était employé au déclin de la maladie; il est susceptible d'en rendre encore dans des conditions analogues, mais plus personne ne s'imagine, j'espère, qu'il faut avoir passé par les injections au sulfate de zinc, pour se croire guéri d'une blennorrhagie.

La dose habituelle va de 1/2 à 1 p. c.

Sulfate de zinc 50 centigrammes à 1 gramme.
Eau distillée 200 grammes.

3 à 4 injections au début, puis de plus en plus rarement.

On a vanté outre mesure le *sulfophénate de zinc*, une combinaison qui avait la prétention d'associer l'action antiseptique de l'acide phénique à l'action astringente des sels de zinc ; je ne suis jamais parvenu à comprendre comment s'était établie la vogue de cette substance, tellement elle m'a peu servi :

Sulfophénate de zinc	1 gramme.
Eau distillée	200 grammes.

Dans la formule connue sons le nom d'*injection Ricord* et à laquelle certains praticiens sont restés fidèles, l'acétate de plomb est associé au sulfate de zinc :

R. Sulfate de zinc	1 gramme.
Acétate de plomb	2 grammes.
Laudanum de Sydenham }	aa
Teinture de cachou }	4 grammes.
Eau distillée	200 grammes.

Cette formule compliquée n'est ni meilleure ni pire que les autres injections astringentes ; il se produit un dépôt dû à la précipitation de l'acétate de plomb par le sulfate de zinc ; ce dépôt agit peut-être pour son compte et il ne faut pas l'enlever par la filtration.

L'*acétate de plomb* est aussi employé isolément, voire même la vulgaire *eau de Goulard*.

Le *sulfate de cuivre* est un des agents les plus recommandables dans le groupe des astringents ; il mériterait même d'occuper une place plus honorable encore, grâce à ses propriétés antiseptiques, en figurant dans le groupe des antiblennorrhagiques proprement dits ; il est de plus admirablement toléré par l'urèthre : on le donne à 1 p. c. ou plus.

Sulfate de cuivre	2 grammes.
Eau distillée	200 grammes.

Le sulfate de cuivre faisait partie de l'injection, célèbre autrefois sous le nom d'injection des trois sulfates (sulfates de zinc, de cuivre et de fer : à la dose de 50 centigrammes chacun sur 200 grammes d'eau).

Les injections de *tannin* (1/2 p. c.), très vantées par Niemeyer, sont maintenant, à tort ou à raison, aussi abandonnées que les injections de vin rouge et d'autres astringents végétaux.

Je dirai encore un mot du dernier venu parmi les prétendus spécifiques de la blennorrhagie, l'*alumnol* (1 p. c.); le d^r Chotzen a soutenu qu'en injections il tuait le gonocoque au bout de 3 ou 4 jours et guérissait la blennorrhagie en 6 ou 8 jours; mais les d^rs Casper et Samter, qui se sont donnés la peine de contrôler cette assertion, ont trouvé que l'alumnol n'exerçait aucune action sur le gonocoque et n'abrégeait pas la durée de la maladie.

Les injections dites *isolantes* méritent encore d'être signalées; elles sont composées d'une poudre insoluble, en suspension dans l'eau ou dans un mucilage; la poudre qui reste tapisser la muqueuse agit topiquement dans l'intervalle des mictions.

Je fais fréquemment usage à ce titre du *sous-nitrate de bismuth*, dont l'action favorable sur les sécrétions pathologiques des muqueuses est bien établie; je le recommande au déclin de la blennorrhagie aiguë, contre le suintement rebelle aux autres médications.

On peut le donner suspendu dans un mucilage.

Je le prescris simplement en poudre et je fais faire l'émulsion au moment de l'injection, en agitant dans une petite quantité d'eau ordinaire au moyen du piston de la seringue une pincée de la poudre jetée au fond d'un petit récipient; il faut seulement prendre la précaution d'injecter le liquide laiteux assez prestement, afin de ne pas donner à la poudre le temps de se déposer en trop grande quantité dans le récipient ou la seringue.

Le patient s'abstiendra d'uriner pendant quelque temps ; la sécheresse du canal, provoquée par la poudre dans l'intervalle, rend quelquefois la miction pénible.

Pour terminer ce qui concerne le traitement de la blennorrhagie aiguë par les injections, j'ajouterai qu'il est bon de suspendre pendant quelque temps tout traitement local, lorsqu'un suintement persiste en dépit des médications les plus diverses ; il est possible en effet que le suintement soit entretenu par les injections et qu'il disparaisse dès que le canal est laissé en repos.

C'est alors aussi que les balsamiques ont, comme je l'ai dit, leur meilleure indication.

Dr DANDOIS.

ÉTAT ACTUEL DE LA THÉRAPEUTIQUE DE LA COQUELUCHE.

Le dr Hirsch vient d'écrire sur ce sujet une série d'articles dans le *Deuts. med. Wochenschrift.*

Comme il le fait remarquer en commençant, la thérapeutique de la coqueluche a donné des résultats très peu satisfaisants jusqu'à ce jour, en partie par suite de notre ignorance relativement à la nature et au siège de cette maladie. On suppose généralement que la coqueluche est une maladie infectieuse, mais est-elle générale ou locale?

D'autre part, ceux qui considèrent la coqueluche comme une névrose réflexe ne sont nullement d'accord sur le siège du point de départ.

De cette divergence d'opinions, résulte nécessairement la confusion des idées relativement à la prophylaxie et au traitement de la coqueluche.

1° *Le changement de localité*, que beaucoup de médecins conseillent, n'est pas à approuver ; cette coutume, sans profit notable pour les malades, a pour inconvénient capital de favoriser la dissémination de la maladie ; ce qu'il importe avant tout, c'est de placer les malades dans un *air pur* autant que possible. Pour obtenir une diminution de la fréquence et de l'intensité des quintes de toux, il suffit souvent de faire changer le malade de chambre à coucher à intervalles réguliers. Ces faits ont été démontrés jadis par Féréol, plus récemment par Jürgens.

D'autres auteurs, en particulier Mohn et Monby, conseillent de placer le malade, dès son réveil, dans une autre chambre que celle où il a passé la nuit et de désinfecter quotidiennement la chambre à coucher et tous les objets qu'elle renferme avec des vapeurs de soufre. Cette manière de faire est un peu compliquée pour la pratique courante. Le même reproche peut être formulé contre le séjour dans les usines à gaz, dans des appareils pneumatiques, à air comprimé, etc.

Les procédés thérapeutiques sont nombreux et variés.

2° On a préconisé *les inhalations de vapeurs chargées d'agents antiseptiques ;* parmi les substances proposées, citons l'acide phénique, l'acide salicylique, le salicylate de soude, l'essence de térébenthine, la quinine, un mélange à parties égales d'eau de goudron et d'eau distillée. Depuis les recherches de Salkowski, qui ont démontré l'action antiseptique de l'eau chloroformée, il faut donner une mention spéciale aux inhalations de chloroforme préconisées par Schilling.

Voici entre autres une formule pour les pulvérisations que nous trouvons recommandée par le dr Schmidt :

R. Acide phénique	30 centigrammes.
Solution de menthol (4 p. c.)	20 grammes.
Solution de cocaïne (3 p. c.)	15 grammes.
Glycérine	5 grammes.
Eau de laurier cerise	60 grammes.

Une pulvérisation toutes les 3 heures ou plus souvent.

D'une façon générale, le mode de traitement de la coqueluche par les inhalations rencontre peu d'adeptes pour les raisons suivantes : danger d'intoxication, difficulté pour les vapeurs de pénétrer dans les voies respiratoires et de dépasser la muqueuse des premières voies.

3° *Les insufflations et les badigeonnages dans les voies respiratoires supérieures* sont en grande faveur à l'heure actuelle, par suite de l'opinion très répandue qui localise le siège de la maladie dans cette région.

On a commencé par badigeonner l'*arrière-gorge* avec une solution de *nitrate d'argent*. Cet agent était employé, au début, comme astringent ; on sait aujourd'hui qu'il possède des propriétés antiseptiques très puissantes. L'emploi de ces badigeonnages a été préconisé surtout par Behring et Meyer-Hüni.

A la suite de Moncorvo, un grand nombre de médecins ont conseillé les badigeonnages de l'arrière-gorge à l'aide de la *résorcine*.

Les *insufflations* ont l'avantage d'être d'un emploi plus facile que les badigeonnages, surtout chez les tout jeunes enfants. Elles ont été préconisées d'abord par Letzerich, qui, le premier, a pratiqué des insufflations de *quinine* dans la coqueluche.

Dans le *larynx*, on a pratiqué des insufflations d'*acide salicylique* et de *salicylate de soude*, d'*alun*, des badigeonnages à la *cocaïne*.

Dans les *fosses nasales*, on a insufflé les poudres suivantes : poudre de résine de *benjoin*, mélange de *sulfate de quinine* (1 partie) et de poudre de *talc* (10 parties), mélange de *nitrate d'argent* et de poudre de *talc* (dans les mêmes proportions), mélange de *chlorhydrate de quinine* (3 parties) et de *gomme arabique* (1 partie), mélange à parties égales d'*acide borique* et de *café torréfié* pulvérisé, etc.

Ajoutons qu'il n'y a pas à nier l'utilité de ces insufflations ; elle n'est pas facile à interpréter ; on sait seulement que l'irritation des fosses nasales a la propriété de provoquer des réflexes respiratoires.

4° Le *traitement général* est préféré par ceux qui considèrent la coqueluche comme une infection générale.

Les remèdes les plus divers ont été proposés ; parmi les meilleurs, il faut citer les préparations de *quinine* à doses assez élevées, recommdées par un grand nombre de praticiens. C'est ainsi que Baginsky, notamment. prescrit pour un enfant de deux ans :

Sulfate de quinine	2 grammes.
Eau	120 grammes.

M. S. A. Donner une cuillerée à café toutes les heures ou toutes les deux heures. Ou bien, il prescrit d'un coup 50 centigrammes à 1 gramme de quinine en solution.

Monti administre la quinine de la façon suivante :

Chlorhydrate de quinine	40 à 70 centigrammes.
Bicarbonate de soude	ââ 1,50 gramme.
Sucre blanc	(ââ)

Mêler et diviser en parties égales, n° X. Prendre toutes les deux heures une de ces poudres.

Ungar est d'avis de faire prendre aux enfants, trois fois par jour, autant de décigrammes de chlorhydrate de quinine que le malade compte d'années, sans dépasser par vingt-quatre heures la dose de 1,20 grammes.

Nous trouvons dans le *Central. f. Kl. Med.* que le d^r Ungar recourt aussi avec avantage chez les enfants, particulièrement contre la coqueluche, aux injections sous-cutanées de chlorhydrate de quinine selon la formule suivante :

Chlorhydrate de quinine	7 grammes 50 centigrammes.
Acide chlorhydrique	2 grammes 50 centigrammes.
Eau distillée	10 grammes.

Il n'a jamais observé la moindre irritation au lieu d'injection.

L'*antipyrine*, que l'on peut considérer comme un succédané de la quinine, est aussi particulièrement estimée ; elle a l'avantage sur les sels de quinine d'avoir une saveur moins désagréable.

Sonnenburg prescrit l'antipyrine aux doses suivantes : autant de centigrammes que l'enfant compte de mois d'âge, et, pour les enfants âgés de plus d'un an, autant de décigrammes que l'enfant compte d'années. Ces doses doivent être répétées trois fois par jour, et administrées de préférence au moment des repas et en suspension dans de l'eau additionnée de sirop de framboises.

Von Genser, qui considère l'antipyrine comme un véritable spécifique contre la coqueluche, prescrit cette substance à des doses relativement faibles : autant de décigrammes que le malade a d'années, le tout réparti en trois prises. Il importe de continuer cette médication sans discontinuer.

L'*antifébrine* et la *phénacétine* paraissent d'une efficacité moindre que l'antipyrine. Il en est de même de la *résorcine* et de la *créosote*.

Pour ce qui concerne le *bromoforme*, le d^r Hirsch estime que ce

médicament agit à l'égal de l'antipyrine sur le stade convulsif de la maladie, qui se trouve plus ou moins abrégé.

Si l'on met le travail précédent en regard de l'étude sur le même sujet publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* par le d^r Comby, il semble que ce dernier aboutisse à des conclusions trop sévères : pour lui, non seulement il n'y a pas de spécifique — ce en quoi tout le monde est d'accord — mais même il n'y a pas de remède sûrement palliatif; il y a des médications qui, dans telle ou telle circonstance ont fait leurs preuves, mais, un cas étant donné, on ne sait jamais d'avance quel traitement lui conviendra.

En compulsant les journaux, nous avons trouvé que beaucoup de cliniciens sont d'avis que la *morphine* et le *chloral* sont encore les meilleurs remèdes contre la coqueluche; malheureusement ils ne sont pas faciles à manier chez les petits enfants ; évidemment, la quinine, l'antipyrine agissent dans le même sens que la morphine et le chloral; ainsi encore du *bromure de potassium*, de la *belladone*, de l'aconit.

Le d^r Archambault a préconisé une potion formée de parties égales d'alcoolature d'aconit, de teinture de belladone et d'élixir parégorique.

10 à 30 gouttes par jour selon l'âge ; en cas de fièvre la dose de la teinture d'aconit est augmentée, celle de l'élixir parégorique en cas de catarrhe intestinal.

Le d^r Bergeon a expérimenté sur son fils d'abord un procédé de traitement plus singulier que tous les autres : *les injections rectales d'acide carbonique* ; un à deux litres environ plusieurs fois le jour ; sous l'influence de ce traitement, la coqueluche céderait généralement au bout d'une semaine !

Quant au bromoforme, ses effets favorables ne sont plus discutés ; il diminue le nombre et l'intensité des quintes, mais, comme la plupart des remèdes précédents, il ne paraît pas avoir une influence marquée sur la durée de la maladie.

C'est en outre un agent qui demande à être manié avec prudence et on s'exposerait à des accidents en dépassant les doses admises qui sont de 5 à 6 gouttes par jour, en trois fois, pour les enfants d'un an, de 10 à 20 gouttes par jour, en trois ou quatre fois, au delà de cet âge.

Nous rappelons que le bromoforme peut être donné en nature versé au fond d'une petite cuillerée qu'on remplit d'eau ensuite.

Le d^r Nauwelaers a conseillé la formule suivante :

Bromoforme	XX gouttes.
Alcool	10 grammes.
Mucil. de gomme }	aa
Sirop simple }	60 grammes.

M. D. S. 1 petite cuillerée toutes les heures, en ayant soin d'agiter la potion au préalable. L.

CRÉOSOTE DANS LA TUBERCULOSE.

Il y a longtemps que nous n'avons parlé du traitement de la tuberculose pulmonaire par la créosote; ce n'est pas qu'on cesse de s'en occuper.

Parmi tous les médicaments préconisés dans ces quinze dernières années, la créosote est généralement considérée comme celui qui a donné les résultats les plus satisfaisants, mais il y a encore des opinions discordantes; ainsi le dr Albu, donnant les résultats de l'emploi de la créosote dans le service de Guttmann, affirme qu'il ressort d'une façon indubitable des observations cliniques et des expériences que la créosote, même à haute dose, n'a aucune influence sur le bacille de la tuberculose.

Il est certain que personne ne croit encore à l'action spécifique de la créosote dans la tuberculose pulmonaire; le mécanisme de son action généralement favorable n'est pas même élucidé.

Voici les conclusions d'un travail étendu et consciencieux du dr Audeoud sur ce sujet.

1° La créosote n'a, pas plus que les autres médicaments employés jusqu'à présent contre la tuberculose, une vertu spécifique, mais elle possède une action réelle. Elle n'agit pas comme antibacillaire, mais plutôt comme un irritant substitutif.

2° La créosote employée doit être de toute pureté. Le traitement doit être continué sans interruption pendant plusieurs mois. Il ne doit pas faire négliger les indications accessoires, ni le traitement général, hygiénique, alimentaire, etc.

3° Son action favorable s'exerce surtout dans les tuberculoses à forme chronique ou subaiguë, apyrétiques, même avec hémoptysies. Le traitement doit être institué le plus près possible du début; il est aussi bien supporté chez l'enfant et le vieillard que chez l'adulte.

4° Elle est contre-indiquée comme inutile, quelquefois même comme nuisible, dans les formes aiguës, rapides, fébriles, dans la pleurésie et l'entérite tuberculeuses, lorsqu'il y a des symptômes de néphrite aiguë ou chronique et dans certains cas d'idiosyncrasie.

Ces conclusions nous paraissent résumer parfaitement les indications et les contreindications de l'emploi de la créosote.

D'après les Drs Stark et Blanchard, la créosote rendrait surtout des services dans les cas où l'anémie, une toux sèche et d'autres signes rendent très vraisemblable l'hypothèse d'une tuberculose pulmonaire latente, en l'absence de tous signes physiques morbides.

Quant au mode d'administration, les lavements sont, pour l'auteur, une manière pratique, facile et utile d'administrer ce médicament. Ils

mettent le malade à l'abri des troubles stomacaux que peut produire l'ingestion de la créosote.

Ils permettent de faire absorber aux malades une quantité notable de substance active, et cela sans difficulté.

Donnés avec toutes les précautions nécessaires, les lavements créosotés sont bien tolérés pendant de nombreux mois; ils sont sans danger pour les malades et ne produisent pas de troubles intestinaux.

La voie rectale lui semble mériter la préférence dans les cas où le traitement créosoté est indiqué.

Il est certain que les phtisiques supportent très bien les lavements à la créosote : voici une formule qui a été recommandée :

Créosote du hêtre	30 grammes.
Laudanum de Sydenham	3 grammes.
Huile d'olives	300 grammes.

Prendre chaque fois pour un lavement une cuillerée à thé de ce mélange; ajouter un jaune d'œuf et 100 grammes d'eau pour faire une émulsion. On donne 2 à 3 lavements par jour : avant le lavement créosoté, le malade prend un lavement ordinaire avec de l'eau tiède pour nettoyer le gros intestin.

Il est assez difficile d'obtenir un mélange intime de la créosote avec le véhicule pour les lavements; les émulsions obtenues au moyen d'un jaune d'œuf après avoir dissout préalablement la créosote dans l'huile de foie de morue sont généralement usitées.

Au point de vue pratique, il y aurait encore mieux que cela. Le dr Carles, après de multiples essais pour arriver au résultat désiré, propose la formule suivante, dans laquelle la créosote est dissoute dans l'eau :

Créosote de hêtre	10 grammes.
Teinture de bois de Panama	80 grammes.
Eau distillée	60 grammes.

Une cuillerée à bouche de cette mixture se dissout parfaitement dans n'importe quelle quantité d'eau tiède et se conserve indéfiniment.

Les autres préparations pour les lavements demandent à être faites chaque jour par le pharmacien; la formule proposée par le dr Carles n'aurait pas cet inconvénient; elle se conserve indéfiniment et permet au malade de préparer lui-même son lavement créosoté.

La teinture du bois de Panama ou de quillaya figure au Codex français; ce formulaire la recommande pour pratiquer l'émulsion du goudron, des baumes de Tolu et de copahu, de l'huile de cade, du coaltar. Le bois de Panama est aussi employé journellement dans les

ménages, et la grande industrie s'en sert pour dégraisser les parquets, les étoffes. Il doit cette propriété à la saponine, qui rend l'eau mousseuse et émulsionne les corps gras et résineux. Mais, dans l'espèce, il ne s'agit pas d'émulsion. La créosote est dissoute et non divisée; le lavement préparé est très limpide.

Les lavements créosotés sont indiqués, quand les malades ne supportent pas la créosote par la bouche; nous dirons cependant que, d'après nos observations, l'intolérance de l'estomac pour la créosote est exceptionnelle; les fortes doses ont même souvent pour effet d'augmenter l'appétit et les facultés digestives.

Les injections sous-cutanées constituent peut-être le traitement le plus actif, et certainement le seul qui permette d'administrer des doses massives de créosote; mais dans la pratique, il faut souvent reculer devant ce moyen à cause des difficultés d'application, ou des répugnances des malades; par contre, il y en a qui arrivent à pratiquer parfaitement eux-mêmes les injections.

Quant au *gaïacol iodoformé*, qui, comme on sait, a été proposé en injections par le prof. Picot, de Bordeaux, comme un agent très précieux contre la tuberculose pulmonaire, son efficacité est loin d'être certaine.

Le d[r] Winkler a cherché à apprécier sa valeur par des expériences bactériologiques et par l'expérimentation sur les animaux ; les expériences *in vitro* ont paru favorables au médicament, mais il n'en a pas été de même des expériences sur les animaux.

De nombreuses inoculations, pratiquées avec le gaïacol iodoformé, ont en effet donné les résultats négatifs suivants :

Quand le gaïacol iodoformé est inoculé à un animal en même temps qu'une culture de bacilles de la tuberculose, on n'empêche pas pour cela la tuberculisation de l'animal en expérience

D'autre part, il est impossible de rendre réfractaires à la tuberculose les animaux qui ont été soumis préalablement à des injections de gaïacol.

Un nouveau produit vient d'être lancé : le *carbonate de gaïacol*, qui aurait l'avantage d'être parfaitement toléré par l'estomac, mais rien ne prouve qu'il soit aussi efficace que d'autres produits plus simples.

Il n'est pas démontré non plus que le gaïacol soit le seul principe actif de la créosote, et jusqu'à nouvel ordre, on fera bien de s'en tenir à la créosote en nature, dont une expérience étendue a démontré la valeur, et dont le prix de revient est moins élevé que celui des divers succédanés. L.

ADMINISTRATION DES PRÉPARATIONS SALICYLÉES PAR LA PEAU ET PAR LE RECTUM DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

La question de l'absorption par la peau, écrit le prof. Bourget, de Lausanne, dans la *Revue médic. de la Suisse rom.*, a été bien souvent agitée et résolue dans des sens divers, suivant les méthodes

D'une manière générale, on peut dire que les observateurs qui ont expérimenté avec des solutions aqueuses de sels des métaux lourds ou de sels à eau de cristallisation, sont arrivés à conclure à leur non-absorption par la peau intacte.

Nous voyons au contraire que tous les expérimentateurs qui se sont servis de substances ayant une action dissolvante sur l'épiderme, telles que l'iode, les phénols, la résorcine et surtout l'acide salicylique, en arrivent à affirmer que la peau est très perméable et que même elle laisse passer une assez forte proportion de ces substances.

L'auteur a institué des expériences dans le but de fixer la valeur de l'absorption cutanée de l'acide salicylique; à cet effet, il a préparé des onguents contenant 10 p. c. d'acide salicylique incorporé : 1° au glycerolé d'amidon; 2° à la vaseline; 3° à l'axonge; 4° à l'axonge lanolinée et térébenthinée.

Acide salicylique Essence de térébenthine Lanoline	} aa 10 grammes.
Axonge	100 grammes.

C'est avec cette préparation que l'absorption a été la plus rapide; aussi c'est elle qui a servi aux expériences sur les rhumatisants.

Ces pommades étaient étendues, sans friction, mais assez abondamment autour des principales articulations, qui étaient ensuite enveloppées dans une simple bande de flanelle.

La quantité totale d'acide salicylique absorbée et éliminée dans les 24 heures a varié entre 20 centigrammes et 1 gramme 40 centigrammes.

Suivent 19 observations de malades représentant tous les cas de rhumatisme aigu soignés dans le service de l'auteur de 1891 à 1893.

Ces 19 cas, traités *exclusivement* par la méthode externe, ont donné la preuve que l'acide salicylique est absorbé en assez grande quantité par la peau, pour guérir aussi rapidement, et peut-être même plus rapidement, l'infection rhumatismale que lorsqu'on donne ce médicament par voie stomacale.

Il n'y a toutefois aucune raison pour choisir ce mode exclusif de traitement et il est bon de lui adjoindre à l'intérieur de petites doses de préparations salicylées.

Pour le prof. Bourget, *le grand avantage de la méthode externe est de supprimer la douleur avec une rapidité quelquefois surprenante*; une ou deux heures après l'application de la pommade, le malade annonce déjà un grand bien-être; le gonflement diminue aussi d'une façon assez rapide, et avec lui, la fièvre tombe graduellement.

Quant aux effets fâcheux qu'on observe si souvent lorsqu'on donne l'acide salicylique à l'intérieur, il n'aurait jamais eu ni bourdonnements d'oreilles, ni délire, ni troubles gastro-intestinaux.

51 cas de *rhumatisme subaigu* ont donné une amélioration assez rapide, mais une part revient au massage dans les résultats obtenus; en effet, dans ces cas, il ne faut plus procéder par simple enveloppement avec la pommade ci-dessus indiquée, mais par frictions.

Le *rhumatisme déformant* n'a été par contre que peu modifié.

Dans 14 cas de *sciatique* frictionnée et massée à la pommade salicylique, l'auteur a noté 6 cas d'amélioration et 8 cas de guérison, c'est-à-dire qu'en partant de l'hôpital, le patient n'accusait plus aucune douleur à l'extension forcée de la jambe.

Dans 16 cas de *lumbago*, traités de la même manière, il a eu 14 guérisons, et 2 améliorations.

Pour terminer, il formule les conclusions suivantes :

1° L'absorption de l'acide salicylique par la peau est rapide et très intense. La peau des sujets jeunes a plus de pouvoir absorbant que celle des sujets vieux, et celle des blonds semble plus perméable que celle des individus à poil noir et à peau basanée.

2° La rapidité et l'intensité de cette absorption cutanée dépend aussi du véhicule employé pour dissoudre l'acide salicylique. Les corps gras sont les seuls qui permettent à un haut degré la pénétration au travers de la peau, tandis qu'avec la vaseline ou la glycérine celle-ci est nulle ou beaucoup moins active.

3° Le traitement du rhumatisme articulaire aigu par une pommade salicylée et térébenthinée est très à recommander.

4° Cette pommade est moins efficace dans les autres formes de rhumatisme, mais elle peut être un adjuvant pour le traitement de ces affections par le massage.

Le d^r Ruel, de Genève, emploie de son côté régulièrement et systématiquement depuis six ans les applications externes d'acide salicylique seules ou combinées, suivant les cas, avec un traitement interne, et il obtient des heureux effets, non seulement dans le rhumatisme articulaire aigu, mais dans différentes localisations musculaires du rhumatisme (lumbago, torticolis) dans quelques-unes des déterminations viscérales (péricardite, péricardo-pleurite), dans la goutte, dans la sciatique etc.

Voici sa formule habituelle ;

Acide salicylique	20 grammes (10 à 30 gr.)
Alcool absolu	100 grammes.
Huile de ricin	200 grammes.

F. S. A. Appliquer sur les parties atteintes des compresses fortement imbibées de cette solution, les recouvrir d'un tissu imperméable et fixer le tout au moyen d'une bande de flanelle. — Renouveler l'enveloppement matin et soir.

D'après lui, l'huile de ricin est. de toutes les huiles grasses, la seule qui dissout facilement l'acide salicylique.

Il ajoute quelquefois une petite quantité de chloroforme (p. ex. 5 p. c.). Celui-ci possède alors la double propriété d'agir comme analgésique et surtout de faciliter notablement l'absorption du médicament par la peau (Expériences de A. Waller).

Lorsque les applications ont été bien faites, l'acide salicylique apparaît déjà au bout de vingt minutes environ dans l'urine.

Quelques minutes après les applications, la douleur s'atténue et fait place à une sensation de chaleur douce et agréable; puis insensiblement la tuméfaction articulaire diminue et le rhumatisant, immobilisé par les douleurs, constate bientôt, avec autant d'étonnement que de satisfaction, le retour successif des mouvements qu'il était dans l'impossibilité d'exécuter auparavant. A partir du premier jour, la fièvre baisse, l'état général s'amende et le malade ne tarde pas à entrer en convalescence.

Un autre procédé d'administration des préparations salicylées a été utilisé par le dr Erlanger dans 25 cas de rhumatisme aigu : *la voie rectale,* alors que l'administration du médicament *per os* était contre-indiquée pour une raison ou une autre. Ce mode d'administration du salicylate de soude produit d'excellents résultats thérapeutiques, lorsque certaines conditions sont observées. L'injection de la solution médicamenteuse doit être précédée d'un lavement évacuateur, lorsque peu de temps avant il n'y a pas eu une selle spontanée.

La solution médicamenteuse doit être tiède, c'est-à-dire à une température sensiblement égale à celle du corps humain.

La meilleure formule pour la préparation de cette solution est la suivante :

Salicylate de soude	6 à 8 grammes.
Eau	100 grammes.
Teinture d'opium	1,5 gramme.

Pour administrer en une seule fois.

En fait d'instrument, on se servira de préférence d'une seringue

ordinaire à lavement, d'une capacité de 100 cc., et munie, en guise d'embout, d'une sonde œsophagienne, qu'on fera pénétrer d'une longueur de 20 centimètres dans le gros intestin.

On a encore proposé de se servir des suppositoires pour faire absorber le salicylate de soude, quand pour une raison quelconque on ne veut pas le donner par la bouche :

Salicylate de soude 1 gramme.
Beurre de cacao q. s.

P. un suppositoire. 5 à 6 par jour.

Le malade peut lui-même les placer sans aucune précaution préliminaire, et l'absorption serait plus rapide que par les voies supérieures. L.

INGESTION PAR L'HOMME DE VIBRIONS DU CHOLÉRA ASIATIQUE.

Depuis l'expérience connue de Pettenkoffer et d'Emmerich qui les premiers ont avalé dans un but expérimental, des vibrions du choléra asiatique, cette expérience a été renouvelée plusieurs fois. Nous donnons ici les résultats obtenus par Metchnikoff :

Le savant russe a porté ses recherches sur des vibrions d'origine différente et présentant entre eux un écart notable de la virulence. Les faits qu'il a observés présentent d'autant plus d'intérêt que les expériences ont été exécutées dans les meilleures conditions et contrôlées avec le plus grand soin.

Il a opéré avec quatre variétés de vibrions :

1° Un vibrion de Hambourg, isolé pendant l'épidémie de 1892, de virulence moyenne.

2° Un vibrion de Courbevoie, plus virulent que le précédent et isolé au mois de juillet dernier.

3° Un vibrion recueilli dans l'épidémie de Paris de 1892.

4° Un vibrion recueilli à Paris en 1884, de faible virulence.

1° *Expériences faites avec le vibrion de Hambourg, de virulence moyenne.*

Les expériences ont porté sur trois personnes : M. Metchnikoff lui-même, son préparateur M. Latapie et M. Gr.

Une première fois, M. Metchnikoff absorbe, deux heures après le déjeûner du matin et aussitôt après avoir bu 1 gramme de bicarbonate de sodium dans 40 cc. d'eau distillée, une demi-culture du vibrion de Hambourg émulsionnée dans du bouillon stérile (1). Les consé-

(1) Metchnikoff entend par culture entière l'ensemble des microbes qui poussent dans un tube d'agar incliné. La surface de développement y est d'environ 10 centimètres carrés et les vibrions y forment une couche assez épaisse.

quences sont nulles; les selles sont normales pendant toute la semaine qui suit l'injection et l'examen le plus minutieux ne permet pas d'y découvrir des bacilles-virgules.

Huit jours après, le même savant recommence l'expérience. Comme précédemment, il ne s'est soumis à aucun régime particulier, et suivant son habitude, il mange beaucoup de végétaux crus (radis, salade, concombres, fraises), mais malgré ce manque de précautions, il n'est pas malade. Le sixième jour néanmoins, il ressentit du gargouillement dans le ventre et un certain malaise. Le lendemain matin cet état s'accentua, et il s'établit un peu de dérangement intestinal. Ce même jour, 2 h. 20 minutes après le premier déjeuner, Metchnikoff absorba 5 cc. d'une solution aqueuse de bicarbonate de sodium à 2 °/₀₀, et, aussitôt après, la suspension dans 4 cc. de bouillon stérile d'un tiers de culture du vibrion. Conséquence bizarre, quelques heures après l'ingestion des vibrions, sa santé redevient brusquement tout à fait normale. Les jours suivants, elle fut également très bonne, et il s'établit une tendance à la constipation.

Les trois ingestions de vibrions vivants n'avaient donc été suivies d'aucun trouble qu'on put mettre sur le compte de ces derniers.

En même temps que Metchnikoff, M. Latapie, aide du laboratoire, se soumit aux mêmes expériences, ingérant les mêmes cultures, et, quoiqu'il fût très sujet aux indigestions, il n'éprouva pas le moindre inconvénient.

Il n'en fut pas de même d'un troisième sujet, M. Gr. Après avoir avalé le tiers d'une culture, dont Metchnikoff et M. Latapie avaient ingéré les deux autres tiers, il ressentit un diarrhée due sûrement à l'influence des vibrions. Malgré que cette personne fût en genéral d'une santé parfaite, et pas du tout sujette à des indigestions, il se déclara, 16 heures après l'ingestion des vibrions, une diarrhée liquide. M. Gr. fut réveilllé à 4 heures du matin par le besoin d'aller à la selle, sans éprouver ni de coliques ni d'autres troubles quelconques. Pendant le matin et la journée, il se produisit quatre selles liquides, mais colorées, *qui ne donnèrent sur les plaques de gélatine qu'une culture pure de bacilles virgules*. Le jour suivant, il ne se produisit qu'une selle liquide, renfermant beaucoup de vibrions cholériques. Le quatrième jour après le début de l'expérience, survint la première selle dure, dans laquelle on pouvait cependant retrouver des bacilles virgules. Mais le lendemain les selles prirent de nouveau une consistance plus liquide et donnèrent une quantité beaucoup plus grande de colonies du bacille virgule. A partir du sixième jour, l'état de M. G. redevint absolument normal. Pendant qu'il avait cette diarrhée, M. Gr. ne ressentit aucun trouble gastrique ni la moindre altération générale de sa santé.

Si nous jetons un coup d'œil rétrospectif sur la façon dont se sont comportées les trois personnes qui ont ingéré le vibrion de Hambourg, vibrion provenant de la même culture, et pris à dose identique, nous constatons des résultats bien différents : chez les deux premières, suites absolument nulles, absence complète des vibrions dans les selles ; chez la troisième, diarrhée modérée avec de nombreux vibrions dans les évacuations,

2° *Expériences avec le vibrion de Courbevoie.*

Le vibrion de Courbevoie a été administrée également à trois personnes différentes.

M. B. a ingéré un tiers d'une culture jeune sur gélose de ce vibrion. L'opération fut faite deux heures et quart après le déjeuner, et après l'ingestion de 50 cc. d'une solution aqueuse de bicarbonate de sodium. A peu près 17 heures après l'ingestion des vibrions, B. fut réveillé par le besoin d'aller à la selle. Il s'ensuivit une déjection liquide, colorée. Dans la même journée, il eut encore trois selles présentant les mêmes caractères. L'appétit et la santé générale étaient parfaits. Le lendemain il se produisit quatre selles liquides et colorées, accompagnées de gargouillements. L'état général était tout-à-fait satisfaisant. Le surlendemain, la diarrhée diminua et la santé resta très bonne. Le cinquième jour de l'expérience, la diarrhée cessa presque complètement, mais dans la soirée M. B. commit un imprudent écart de régime : il but plusieurs verres de bière, après quoi la diarrhée réapparut. Dans la nuit et le lendemain, M.B. a eu en tout cinq déjections liquides, colorées. L'état général resta inaltéré. Le jour suivant, il se produisit encore deux selles presque normales, et le lendemain M. B. était complètement rétabli. *A l'examen bactériologique, les selles liquides donnèrent sur plaques de gélatine des cultures presque pures de vibrion cholérique.*

En résumé, l'ingestion a produit, comme chez M. Gr., une diarrhée moyenne, avec présence abondante de vibrions, et absence complète de troubles généraux.

L'histoire des deux autres personnes qui ingérèrent le bacille-virgule de Courbevoie, présente ceci d'intéressant, qu'elles avaient subi la vaccination préventive d'Haffkine. Cette vaccination consiste, on le sait, à injecter sous la peau, à plusieurs reprises, des vibrions, d'abord atténués, puis de plus en plus virulents. La première injection est suivie de troubles locaux et généraux assez marqués, qui diminuent à chaque injection suivante et finalement cessent de se manifester. Dans l'opinion d'Haffkine, cette opération met le sujet à l'abri du vibrion asiatique, c'est-à-dire de l'invasion de l'intestin par cet organisme.

La première personne vaccinée, M. Gr., avait subi six mois et demi auparavant les deux inoculations préventives de M. Haffkine. De constitution robuste, agée de 21 ans, elle n'est sujette à aucun trouble des organes digestifs. Elle but, à jeun, 25 cc. d'une solution de bicarbonate de sodium à 2 % dans de l'eau distillée, et aussitôt après un tiers d'une culture sur gélose en suspension dans du bouillon. Le lendemain se déclara une diarrhée liquide, accompagnée de quelques coliques, mais sans troubles généraux d'aucune sorte. Le jour suivant, la diarrhée insignifiante continua encore. Mais, le lendemain, elle fit place à la constipation. Le cinquième jour, après l'ingestion de la culture, la diarrhée reprit un peu plus forte (trois selles dans la journée), elle était accompagnée d'un malaise général. Le sixième jour, M. G. éprouva une faiblesse générale, avec absence d'appétit ; la langue était chargée, et il se produisit une déjection très liquide et abondante, mais colorée. On administra 0,5 de calomel, en doses fractionnées ; après quoi, il y eut encore deux selles liquides. Le lendemain matin, il se produisit encore une évacuation liquide, mais l'état général s'améliora rapidement et M. G. guérit d'une façon définitive. *L'examen bactériologique des déjections a démontré la présence de vibrions cholériques pendant cinq jours.* Les deux premiers jours, ces organismes existaient presque à l'état de pureté. Le cinquième jour ils étaient rares, le sixième (recrudescence de la maladie) les vibrions prirent de nouveau le dessus sur les autres microbes.

La deuxième personne vaccinée, M. S., avait été inoculée également six mois et demi auparavant, par Haffkine, mais l'effet de la première injection vaccinale avait été tellement douloureux et l'état général si troublé, que M. S. renonça à l'inoculation ultérieure.

M. S. but un tiers de la même culture et exactement dans les mêmes conditions que M. G. Les quatre premiers jours de l'expérience, il se sentit très bien, malgré une constipation, des gargouillements et des douleurs dans le ventre. Mais le cinquième jour, il éprouva un malaise général et dut prendre un lavement à la glycérine. Une évacuation abondante n'amena pas la guérison. Dans la matinée et dans la journée suivante, il se déclara une diarrhée liquide et abondante et l'état général s'améliora. Le lendemain, il se produisit encore une évacuation liquide, après quoi la santé se rétablit parfaitement. *Les déjections diarrhéiques fournirent des colonies du bacille-virgule, entremêlées avec celles du bacille-commun de l'intestin.*

Ces trois derniers cas sont des plus intéressants : trois personnes ingèrent les mêmes cultures, aux mêmes doses, dans les mêmes conditions Une d'entre elles a subi la vaccination complète par le procédé Haffkine, une autre s'est soumise à une première injection, la troi-

sième n'a pas subi de traitement préventif; or toutes les trois réagisent par une diarrhée moyenne, accompagnée en plus de troubles généraux chez les personnes vaccinées, ces troubles sont surtout prononcés chez le sujet qui s'était soumis à la vaccination complète C'est la première fois croyons-nous que le procédé d'Haffkine a affronté l'épreuve de l'expérimentation, et celle-ci ne lui paraît guère favorable, à moins d'admettre que la méthode perd son efficacité après quelques mois. Du reste, la vaccination des cobayes, animaux étudiés par Haffkine, contre le vibrion cholérigène, et la vaccination de l'homme contre le même organisme, doivent être deux choses absolument distinctes. Quoique produite par le même microbe, l'infection revêt un caractère tout différent; chez le cobaye, le vibrion envahit le sang et se généralise à tout l'organisme, c'est une vraie septicémie; chez l'homme, au contraire, il reste cantonné dans le tube digestif et n'envahit le sang qu'exceptionnellement. Pour vacciner le cobaye, il faut rendre le sang réfractaire au développement du bacille-virgule; pour vacciner l'homme, c'est le contenu intestinal qu'il est nécessaire de rendre impropre à la multiplication du vibrion. Ce sont deux choses complètement différentes, et qui permettent d'un côté d'admettre l'efficacité du procédé d'Haffkine pour les cobayes, et de l'autre de douter de son efficacité pour l'espèce humaine.

3° *Expérience avec le vibrion de Paris, de l'épidémie de* 1892.

Elle a porté sur un M. Ga...., inventeur d'un spécifique anticholérique désigné par lui sous le nom de « vitaline » (composé d'une solution de borax dans la glycérine) et qui importuna Metchnikoff avec le désir d'être inoculé avec les vibrions les plus virulents. Subissant journellement les injections de son remède, M. Ga...., se considérait comme indemne vis-à-vis de beaucoup d'agents morbides. Il avala, dans les mêmes conditions que les sujets précédents, une demi-culture de vibrions. Le lendemain de l'ingestion, il ressentit des douleurs dans le ventre et des nausées. Le jour suivant, la santé était tout-à-fait normale. Mais pour apprécier ce résultat à sa juste valeur et ne pas éprouver immédiatement une confiance illimitée pour le remède, n'oublions pas que Metchnikoff et son aide de laboratoire ont ingéré plusieurs fois des cultures de choléra, sans se sentir indisposés.

4° *Expérience avec le vibrion de Paris de l'épidémie de* 1884.

Ce vibrion était le moins virulent de ceux que possédait Metchnikoff. Pour tuer les cobayes, il devait leur être administré à des doses supérieures à celles exigées par les autres vibrions ; malgré cette infériorité, ce fut ce vibrion qui développa chez l'homme l'effet le plus intense.

M. J. en absorba un tiers de culture, à jeun, après avoir bu 50 cc.

de bicarbonate de sodium à 2 p. c. Cette personne n'est point sujette aux indigestions, elle est, en général, bien portante et rien ne permettait de supposer chez elle une prédisposition spéciale. L'incubation a été de courte durée. Neuf heures après l'ingestion des vibrions, M. J. ressentit des coliques faibles, et trois heures plus tard survint la première déjection liquide et copieuse. Il s'établit bientôt une diarrhée fréquente qui dura pendant deux jours. Les selles, d'abord colorées, ont fini par prendre un aspect riziforme tout à fait typique. Il y eut une hypothermie modérée, des vomissements répétés, et même quelques crampes des mollets. Le second jour de la maladie, l'anurie était presque complète. Le troisième jour de la maladie la réaction survint et amena une amélioration et la guérison définitive. *Les selles des deux premiers jours, celles qui étaient colorées ainsi que celles qui étaient riziformes, ensemencées sur gélatine, donnèrent presque des cultures pures de vibrions cholériques*. Le douzième jour, les méthodes délicates de la recherche du vibrion décélèrent encore dans les selles, devenues normales, la présence de ce microbe, qui ne disparut complètement que le 17me jour.

L'idée que dans ce cas, le choléra, car c'est bien une vraie attaque de choléra avec tous les symptômes classiques, avait été produit par une autre cause que les vibrions ingérés doit être complètement exclue, Paris se trouvant à cette époque absolument indemne de cette maladie.

Quelques remarques pour finir :

1° Ces expériences, surtout la dernière, établissent de nouveau le rôle pathogène du vibrion découvert par Koch ; cet organisme est bien la cause, l'agent du choléra asiatique.

2° On peut absorber le vibrion en grande quantité, même après neutralisation du suc gastrique, sans en être nécessairement indisposé.

3° Le vibrion peut produire des diarrhées banales. Les expériences de Metchnikoff sont une nouvelle preuve de ce fait, constaté déjà par d'autres savants grâce aux recherches bactériologiques des déjections.

4° Le vibrion peut persister dans les fèces, alors même que les selles sont devenues normales. C'est un phénomène établi antérieurement par Guttman et Rommelaere.

5° Les écarts de régime peuvent donner lieu à l'explosion de la maladie.

6° Le procédé de vaccination imaginé par Haffkine n'a pas trouvé jusqu'à présent sa sanction dans l'expérimentation. Celle-ci lui est jusqu'à présent contraire, et rien ne prouve qu'en conférant une résistance plus forte au sang, on fasse bénéficier de cet avantage le tube digestif.

—

LES NEURASTHÉNIQUES URINAIRES.

Tel est le sujet d'une leçon du prof. Guyon publiée dans les *Annales des mal. des organes génito-urin.*

Depuis longtemps déjà, il s'est efforcé d'attirer l'attention sur l'influence que certains états nerveux peuvent avoir sur la miction, et il a observé et signalé toute une catégorie de malades auxquels il a donné le nom de *faux urinaires*.

Ces faux urinaires peuvent eux-mêmes se diviser en deux grandes classes : les faux urinaires *médullaires* (tels que les ataxiques, les malades atteints de sclérose en plaque) et les faux urinaires *neurasthéniques* (tels les hystériques, les dégénérés).

Le prof. Guyon s'occupe entièrement de cette dernière catégorie de malades, beaucoup plus nombreux qu'on ne se le figure au premier abord, et au sujet desquels beaucoup de médecins font une erreur de diagnostic, en croyant à une lésion anatomique, là où n'existe en réalité qu'une lésion physiologique.

Les troubles fonctionnels qu'accusent les malades sont de deux ordres : *les difficultés de la miction et les douleurs*.

Presque la moitié des malades se plaignent d'uriner difficilement : la miction nécessite des efforts, le jet est faible, sans portée; le malade pisse mal, mais presque toujours la miction s'effectue sans douleur.

L'autre moitié se plaint de douleurs, mais, si on les interroge, on apprend bientôt que les douleurs sont indépendantes de la miction, souvent continues, et siégent le plus souvent au périnée.

Quelques-uns se plaignent de pollakiurie (fréquence d'uriner) diurne, presque jamais nocturne; d'autres de rareté de la miction, d'incontinence. Quelquefois enfin, ce sont des *troubles de l'appareil génital* qui amènent les malades; ils se plaignent, soit d'impuissance génésique totale ou incomplète, soit de pollutions nocturnes.

A ces malades qui se plaignent pour la plupart, à des degrés divers, de mal pisser, on demandera tout d'abord comment s'effectue la miction.

On apprendra alors que la plupart sont obligés de « pousser », de faire effort non seulement pour entamer la miction, mais souvent aussi pour la continuer : faute de persévérance dans l'effort initial, il peut en effet leur arriver de voir le jet s'interrompre, et ne reprendre qu'au prix d'un nouvel effort.

Cette interruption, regardée souvent comme un signe presque pathognomonique du calcul vésical, peut faire porter un diagnostic erroné.

Un autre symptôme fréquent, c'est que le malade, malgré ses efforts,

est obligé d'attendre sa miction quelques secondes, quelques minutes : de là, une nouvelle analogie avec une autre classe de malades, les prostatiques, qui sont en effet sujets à ces retards de la miction; mais l'analogie est grossière, les faux urinaires étant des hommes jeunes, des adolescents de 25 à 35 ans en moyenne.

Un autre phénomène commun chez les neurasthéniques, c'est l'impossibilité d'uriner dans certaines conditions comme en présence d'une personne, etc. ce que James Paget a proposé d'appeler le *bégaiement urinaire ;* ce symptôme peut devenir un véritable supplice dans certaines professions.

Quant à la *pollakiurie* des neurasthéniques, lorsqu'elle est très accentuée et que s'il s'y ajoute des douleurs vésico-uréthrales, elle en impose facilement pour de la cystite ; le diagnostic se fait facilement par ce seul fait que la pollakiurie est à peu près exclusivement diurne.

Dès que le malade s'endort, il ne sent plus le besoin d'uriner, et jamais, ou très rarement (1 cas sur 10, et encore chez un homme de 40 ans) il ne se relève la nuit pour uriner. Cette différence est pathognomonique : *le pollakiurique exclusivement diurne est un névropathe.*

Quelquefois, les mictions sont *rares* au contraire, et certains malades urinent seulement deux ou trois fois en 24 heures ; c'est à peine alors si le besoin d'uriner existe : il semble qu'au lieu d'être sensible à l'excès, la vessie soit presque insensible à la distension.

L'*incontinence*, qui existe quelquefois, est à la fois diurne et nocturne ; l'urine suinte continuellement au méat, et le malade, constamment mouillé, est obligé de se garnir de linges ou de porter un appareil spécial ; il ne s'agit pas d'incontinence par regorgement, car la vessie se vide complètement.

Les *douleurs* se présentent avec des signes particuliers et suffisamment révélateurs : elles sont continues, à exacerbations qui ne coïncident nullement avec les mictions et ne sont point soulagées par l'évacuation de la vessie ; *les douleurs sont indépendantes de la miction*, et c'est là leur grand caractère ; leur siège ordinaire est le périnée en arrière des bourses, irradiant vers l'anus, les testicules, dans la verge, spécialement au méat ; quelquefois elles se montrent à la région hypogastrique, mais très bas à la racine de la verge ; plus rarement à la région lombaire ; au point de vue de leur acuité, elles présentent tous les degrés, depuis la simple pesanteur jusqu'aux crises les plus intenses.

Quant aux *fonctions génitales*, on apprend que près de la moitié de ces malades ont l'appétit génésique diminué d'une manière générale ; tantôt, c'est l'impuissance absolue, tantôt ce sont des érections incomplètes ; la plupart pratiquent rarement le coït, sous divers prétextes.

Outre ces deux symptômes, les malades présentent *d'autres stigmates de neurasthénie*, d'hystérie, ou de dégénérescence : chez presque tous, Guyon a trouvé une anesthésie pharyngée la plupart du temps absolue, chez près de la moitié, de l'hémianesthésie sensitive ou sensorielle, de l'hyperesthésie, du rétrécissement du champ visuel, les crises de larmes, la sensation de boule, etc.

Ces neurasthéniques sont des gens scrupuleux, méticuleux, examinant tout à la loupe, leurs devoirs sociaux comme leurs sensations et leurs souffrances. Ils vous racontent longuement et par le menu mille petits détails fastidieux, et souvent, non contents de les raconter, ils les écrivent : méfiez-vous des malades qui vous arrivent avec leur histoire tout au long, d'une écriture impeccable et moulée.

Une nouvelle preuve de leur état névropathique, est leur hérédité nerveuse, qui se trouve 2 fois sur 5, leurs antécédents personnels, sont de même nature.

D'autres ont commencé à ressentir toutes leurs souffrances à la suite d'une blennorrhagie, celle-ci ayant réveillé chez eux la prédisposition névropathique.

La blennorrhagie, dit Guyon, est une véritable pierre de touche pour le tempérament : rhumatisants, tuberculeux neurasthéniques sont à cette occasion victimes d'une véritable explosion de leur diathèse jusque là plus ou moins cachée.

Quant à *l'examen physique*, il donne des résultats négatifs ; c'est précisément le nombre et l'intensité des troubles fonctionnels d'une part, et d'autre part l'absence complète de lésions anatomiques, qui est le grand caractère de cette affection.

Les urines, de qualité normale, quelquefois un peu augmentées (polyurie nerveuse) sont presque toujours claires, et, quand elles ne le sont pas, le trouble est dû soit à des sels, qui se dissolvent dans les acides, soit à du mucus de prostatorrhée, à un léger suintement séreux aseptique. 2 fois seulement sur 40 les urines étaient infectées.

Passons au canal : 38 fois sur 40, c'est-à-dire presque toujours, le canal est souple et sain.

Mais si l'instrument ne rencontre pas de rétrécissement, il s'en faut néanmoins qu'il parcoure aisément tout le canal : presque toujours il rencontre au moins une légère résistance spasmodique dans la région membraneuse, à l'aller et au retour ; souvent même, 16 fois sur 40, le spasme est notable ; 3 fois sur 40 il empêche absolument le passage des olives des sondes exploratrices.

A ce spasme de la région membraneuse correspond toujours une hyperesthésie des plus manifestes. Dans les 2/3 des cas, l'auteur a noté cette exagération de la sensibilité membraneuse, et quelquefois à

un degré considérable. Parfois même ce n'est pas seulement la région membraneuse qui est sensible, c'est toute la muqueuse uréthrale.

Le spasme se distingue de l'obstacle vrai, par ce qu'il cède aux sondes. Cette douleur, cette hyperesthésie constatée par le cathétérisme s'observe encore très nettement par le toucher rectal, à l'entrée de l'anus : de là les douleurs rapportées à la prostate.

Finalement, Guyon se demande si on doit renoncer à traiter ces malades, si on doit les renvoyer en leur disant que c'est leur tête qui est malade et qu'ils n'ont rien du tout du côté des organes génito-urinaires.

Non, répond-il, car si l'examen anatomique n'apprend rien dans ces cas, l'examen physiologique fonctionnel apprend quelque chose.

Le prof. Guyon a pratiqué l'examen de la vessie chez 28 malades de cette espèce et dans plus de la moitié des cas, il a trouvé la contractilité vésicale affaiblie, diminuée; ceci explique que les malades pissent mal.

Dans les cas où la miction reste difficile, malgré une contractilité normale, il faut évidemment, d'après lui, faire intervenir l'influence du spasme uréthral qui résiste à la poussée vésicale.

On comprend surtout que cet obstacle uréthral, lorsqu'il s'associe à une contractilité vésicale diminuée, cause de grandes difficultés de la miction. De ces troubles fonctionnels, mais surtout des troubles de l'état général, découlent les indications thérapeutiques chez les neurasthéniques urinaires. L.

APPLICATIONS LOCALES D'ÉTHER DANS LES HERNIES ÉTRANGLÉES.

Dans une publication récente que nous avons signalée, le dr Finkelstein affirmait avoir réussi à réduire avec la plus grande facilité 92 hernies étranglées sur 93, grâce aux aspersions d'éther sur la tumeur.

Voici pour les détails d'application du procédé, le résumé de trois cas traités avec le même succès par le dr Ettinger :

Dans le premier, il s'agissait d'une hernie inguinale gauche étranglée chez un homme de 23 ans : les selles étaient absentes depuis le premier jour de l'étranglement, les vomissements s'étaient montrés le second jour avec le caractère fécaloïde : pouls petit et accéléré, abdomen météorisé. Tumeur herniaire de la grosseur d'une orange, dure, très douloureuse, irréductible.

Bain chaud et taxis sans résultat.

L'opération n'étant pas acceptée, le dr Ettinger recourt à l'emploi de l'éther.

Le patient est placé dans le décubitus dorsal, le bassin relevé, les membres inférieurs fléchis, les bourses relevées par un petit coussin; le pubis est rasé.

Puis, de dix en dix minutes, deux cuillerées d'éther sont versées sur la tumeur herniaire et dans la région de l'anneau inguinal.

(Pour protéger le scrotum, le pénis et l'anus de l'action irritante de l'éther, il suffit de les recouvrir d'un peu d'huile d'olive ou de vaseline.)

Au bout de 2 heures, la tumeur était devenue moins dure et moins douloureuse; 4 heures plus tard, les aspersions d'éther ayant été continuées tout le temps de 10 en 10 minutes, la hernie rentrait sous une pression légère; le lendemain, évacuation alvine abondante.

Le second cas concernait un enfant de 10 ans, porteur d'une hernie inguinale droite; la hernie était devenue irréductible subitement à la suite d'un effort; trois jours plus tard, étaient survenus les vomissements et le hoquet.

Le dr Ettinger, appelé trois jours plus tard encore, trouve l'état général mauvais, le pouls petit, accéléré, le facies grippé, la peau couverte de sueur froide, la tumeur herniaire, de la grosseur d'un œuf d'oie, dure et sensible.

Le procédé employé comme plus haut permet à la hernie de rentrer sous une pression légère au bout de 5 heures.

Enfin, dans le troisième cas, il s'agissait d'un vieillard de 74 ans, avec une hernie inguinale étranglée depuis 7 heures ayant résisté à des bains répétés; elle se réduisit au bout de 4 1/2 heures du même traitement.

Le prof. Gussenbauer a essayé la méthode du dr Finkelstein et, si les résultats obtenus n'ont pas été aussi brillants que ceux annoncés par l'inventeur lui-même, ils n'en ont pas moins été des plus remarquables, puisque sur 26 cas de hernies étranglées, la réduction s'est faite au bout de quelques heures 20 fois, soit spontanément, soit à la suite d'un taxis léger.

Ces succès doivent engager les praticiens à expérimenter le procédé dans les cas appropriés; seulement, comme il résulte des observations précédentes, il faut insister assez longtemps sur les aspersions d'éther, si on veut arriver à bonne fin. L.

ADÉNOPATHIE SUS-CLAVICULAIRE DANS LES CANCERS DE L'ABDOMEN.

Les relations qui peuvent exister entre l'adénopathie sus-claviculaire et les cancers des organes abdominaux sont aujourd'hui parfaitement établies.

Le d^r Troisier a publié dans les *Archives de médecine* un nouveau mémoire sur ce sujet.

L'adénopathie sus-claviculaire, qui dépend d'une affection cancéreuse intra-abdominale, se montre le plus souvent à une période avancée de la maladie. Au début, il faut la chercher pour la trouver ; elle siège derrière la clavicule. Lorsqu'elle a pris un certain développement, elle forme une tumeur plus ou moins volumineuse qui fait saillie dans le creux sus-claviculaire. Elle peut rester stationnaire ou continuer à s'accroître progressivement. Elle est formée par un ou plusieurs ganglions, durs, bosselés, ordinairement mobiles, dans quelques cas fixés aux parties sous-jacentes, sans adhérence avec la peau.

Elle siège presque toujours à gauche; quelquefois elle est bilatérale.

La prédilection de l'adénopathie pour le côté gauche s'explique par les rapports anatomiques qui relient les ganglions sus claviculaires à la terminaison du canal thoracique. Quelquefois, ce vaisseau lui-même a subi la dégénérescence cancéreuse, la lésion s'est alors propagée de proche en proche. Lorsqu'il n'est pas altéré, il est probable qu'il sert encore au transport des éléments cancéreux qui, partis du néoplasme abdominal, suivent cette voie pour arriver jusqu'aux ganglions sus-claviculaires et s'y greffer.

Enfin cette adénopathie est souvent reliée à la lésion d'origine par une chaîne de ganglions cancéreux.

On voit quelle est la signification du ganglion sus-claviculaire et en même temps quelle est son importance clinique. C'est un signe de la plus grande valeur que l'on devra rechercher systématiquement, comme on recherche les ganglions de l'aisselle dans les tumeurs du sein.

L.

—

TRAITEMENT DES TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE.

Le d^r Kisch attribue à deux causes les nombreux désordres qui atteignent les femmes à l'époque de la ménopause : aux troubles de la circulation offrant un caractère de stase dans les différents organes et aux modifications du système nerveux qui sont accompagnées de phénomènes d'irritation et d'hyperesthésie. Les bouffées de chaleur, la tendance aux hémorragies nasales ou autres, les transpirations abondantes, les accès de tachycardie, de vertige, la stase sanguine dans les organes du petit bassin, les hémorroïdes, les troubles psychiques, sont les phénomènes habituels de l'âge critique qui, de tout temps, a excité l'attention des médecins.

La thérapeutique de ces troubles consistait autrefois tout spécialement dans les *émissions sanguines* générales ou locales. Elles peuvent,

en effet, combattre momentanément les phénomènes de stase; mais elles ont l'inconvénient de soustraire du sang, d'amener l'anémie et d'affaiblir le système nerveux. Kisch fait, au contraire, grand cas des *purgatifs* qui ont été recommandés de tout temps. et qui sont très efficaces dans les congestions passives qui se traduisent par l'ensemble symptomatique de la pléthore abdominale.

Les purgatifs ont des effets favorables multiples : diminution de la masse générale du sang, affaiblissement de la pression dans les vaisseaux abdominaux, révulsion au détriment des hypérémies des organes abdominaux, des méninges, du poumon, et spécialement de l'utérus et de ses annexes; ils ont encore l'avantage de combattre le météorisme qui accompagne la constipation.

Selon l'auteur, il faut *éviter les drastiques* et n'employer que les moyens qui exercent une influence persistante et peu énergique sur l'intestin. L'auteur recommande ainsi la manne, la rhubarbe, les sels purgatifs, la pulpe de tamarin, de prune, et rejette habituellement l'aloès, la coloquinte, le séné, le jalap et d'autres drastiques, ou ne les réserve que pour certains cas particuliers. Les *lavements ou les irrigations intestinales*, les *applications humides sur la région hypogastrique* sont des moyens adjuvants très utiles.

Les *bains tièdes* à 30 ou 32 degrés centigrades constituent un moyen thérapeutique important dans les troubles de la ménopause. Ils stimulent les fonctions cutanées, diminuent la tendance à l'acné, à l'eczéma, au prurit; ils exercent une action calmante sur le système nerveux, les hyperesthésies cutanées, les névralgies, et agissent par voie réflexe sur les névralgies viscérales et les troubles psychiques. D'après l'auteur, les eaux acidules gazeuses, les eaux ferrugineuses et les eaux salines sont contre-indiquées en raison des phénomènes d'excitation qu'elles produisent sur le système vasculaire; il en est de même des bains de mer froids.

Les *hémorragies* de la ménopause exigent aussi toute l'attention du médecin, mais leur thérapeutique n'offre rien de spécial.

Un phénomène pénible de la ménopause assez fréquent est le *prurit de la vulve et du vagin*. Pour combattre ce symptôme, Kisch recommande aux malades de prendre tous les soirs, avant de se coucher, un bain tiède à 30 degrés, additionné de 1 kilogramme de son que l'on enferme dans un sac plongé dans le bain. La durée de ce dernier doit être de vingt minutes. Après le bain, on saupoudre la vulve avec le mélange suivant : acide salicylique, 1 gramme; amidon et talc pulvérisé, ââ 50 grammes. Cette poudre est employée plusieurs fois par jour.

Le régime a une importance considérable dans le traitement de la ménopause. A ce point de vue, on peut distinguer deux catégories

parmi les femmes arrivées à la ménopause : les unes ont un tempérament sanguin et sont prédisposées à l'obésité ; les autres sont excitables, nerveuses, plutôt maigres. Aux premières, convient un régime pauvre en graisses, aux secondes, il faut un régime très nourrissant, sans excitants, riche en amylacés, le repos du corps et de l'esprit. D'une manière générale, toutes les femmes devront éviter des rapports sexuels fréquents qui congestionnent les organes du petit bassin ; elles devront également éviter certaines influences nuisibles, comme l'action de l'eau froide sur les pieds, sur les organes génitaux ; la suppression brusque des règles pourrait alors avoir de graves conséquences. L.

—

TRAITEMENT DU PRURIT VULVAIRE PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'ACIDE PHÉNIQUE.

Le prurit de la vulve est un symptôme des plus pénibles qui se rencontre fréquemment et contre lequel échouent habituellement les médications les plus diverses ; aussi, les occasions d'expérimenter le procédé de traitement, présenté en quelque sorte comme héroïque par le dr Chéron, dans la *Revue des maladies des femmes*, ne feront pas défaut :

D'abord il faut distinguer entre les diverses espèces de prurit.

Il arrive que le *prurit vulvaire constitue un simple symptôme secondaire d'une vulvo-vaginite ou d'une endométrite* ; dans ces cas, le traitement doit consister, avant tout, à tarir les sécrétions du canal génital par les moyens appropriés : *lotions* et *injections antiseptiques*, *tamponnement* du vagin à la *gaze iodoformée* ou à la *glycérine ichthyolée*, traitement direct de l'endométrite, etc.

D'autres fois encore, *le prurit vulvaire est en rapport avec une éruption*, *eczéma*, *herpès* etc. ; le traitement est alors tout indiqué.

Enfin, le *prurit de la vulve peut être purement nerveux ou lié à la glycosurie* ; c'est alors surtout qu'il représente un symptôme très pénible, exigeant un traitement spécial ; nous avons vu plus haut le traitement recommandé par le dr Kisch.

D'après le dr Chéron, on commencera par rechercher, avec le plus grand soin, s'il existe ou non de la glycosurie, car le prurit de la vulve peut se présenter comme le signe précoce d'un diabète méconnu jusque-là, et il est indispensable d'instituer immédiatement le régime approprié, si les urines contiennent du sucre.

Qu'il s'agisse de prurit diabétique ou de prurit purement nerveux, on obtiendra rapidement la disparition des démangeaisons dont se plaignent les malades par l'emploi des injections hypodermiques d'acide phénique.

La formule est la suivante :

Acide phénique neigeux	1 gramme.
Eau distillée	100 grammes.

On injecte, tous les deux jours, 5 centimètres cubes de cette solution dans la *région rétro-trochantérienne*, en prenant les précautions antiseptiques d'usage.

L'amélioration se montre très nette dès les premières injections sous-cutanées ; il est rare que la guérison complète ne soit pas obtenue au bout de quinze à vingt injections.

Même chez les diabétiques éliminant journellement de grandes quantités de sucre, le dr Chéron n'a jamais vu survenir aucun accident à la suite des injections phéniquées, mais il recommande surtout chez eux les précautions antiseptiques rigoureuses, et l'injection du liquide profondément sous la peau dans la région sous-trochantérienne et non pas dans l'épaisseur du derme.

Au fait, l'action antiprurigineuse de l'acide phénique est connue depuis longtemps, et elle est mise à profit fréquemment contre toute espèce de prurit, soit pour l'usage interne, soit pour l'usage externe ; c'est le procédé d'introduction du remède qui est spécial dans la médication proposée par le dr Chéron. L.

—

FISTULE A L'ANUS ET TUBERCULOSE.

Les relations qui existent entre les fistules anales et la tuberculose sont connues depuis longtemps.

Le dr Hartmann a cherché à préciser l'importance de ces relations par des statistiques ; il a recueilli des notes sur 533 phtisiques chez lesquels il a relevé 26 fistules, soit une moyenne de 4,8 p. c. Il y a entre l'homme et la femme une notable différence. Sur 385 phtisiques appartenant au sexe masculin, il y avait 23 fistules, soit 5,9 p. c. ; sur 148 femmes, 5 fistules, soit 2 p. c.

De son côté, Allingham a fait une statistique inverse. Sur 1,632 fistules, il trouve 234 tuberculeux, soit 14 p. c.

En réalité, le dr Hartmann croit que si on laisse de côté les fistules tenant à une cause bien déterminée (cancer, rétrécissement, etc.) on arrive à une proportion bien autrement considérable de tuberculeux.

Sur 48 malades qu'il a opérés, il a trouvé 23 fois des signes indéniables de tuberculose, 2 fois les antécédents la faisaient craindre.

Par contre, ses recherches lui ont montré qu'il n'y a pas de lien

direct entre la fistule et la tuberculose de l'intestin. Bien au contraire, la proportion des fistules (1 sur 57) lui a paru moindre chez les tuberculeux diarrhéiques que chez les autres. En rapport avec ce fait, il ne trouve, sur 48 fistuleux anaux, qu'un malade ayant une diarrhée qui pût faire soupçonner l'existence d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin.

Quant à la nature de la fistule anale chez les tuberculeux, il faut rejeter l'hypothèse d'une inflammation banale favorisée par une série de causes prédisposantes; il s'agit bien d'une tuberculose locale; elle est certainement le résultat d'une inoculation locale de bacilles apportés par les fèces, et provenant le plus souvent des crachats avalés. Toutes les conditions de la pénétration, (excoriation, pression par le sphincter sur le bol fécal), se trouvant réunies dans l'anus, on comprend que les abcès se forment au niveau de celui-ci plutôt qu'au niveau du rectum proprement dit.

L'auteur a abordé aussi la question de savoir s'il faut opérer la fistule chez les tuberculeux? Laissant de côté la question de la suppression d'un exutoire et celle de la généralisation post-opératoire, 154 opérations de fistules, faites dans le service de M. Terrier, n'ont été suivies d'aucun accident.

On a objecté la non-cicatrisation de la plaie opératoire, mais avec de la persévérance, on arrive le plus souvent à la guérison.

Avant tout, ce qui doit guider le chirurgien dans la détermination de l'indication opératoire, c'est, ici comme pour les autres tuberculoses locales, la part plus ou moins prédominante de l'état local dans la genèse des accidents éprouvés par le malade.

On rencontre encore au niveau de l'anus une autre forme de tuberculose, la tuberculose ulcéreuse; ce sont des ulcérations à cheval sur la marge et le canal anal. Leur forme est arrondie, à plusieurs cercles, chacun se décomposant en festons. Les bords, un peu rosés dans une petite étendue, sont le plus souvent nettement découpés, quelquefois décollés, par place, se continuant directement avec le fond de l'ulcération.

Celui-ci bourgeonnant, un peu creusé, présente des points jaunâtres que le lavage n'arrive pas à faire disparaître complètement. Ces ulcérations non indurées, à peine épaissies, ne saignent pas, suppurent et sont peu douloureuses.

Nous avons rencontré nous-même plusieurs fois cette forme de tuberculose anale qu'à un examen superficiel on prend facilement pour de l'épithélioma; le traitement consiste dans l'ablation; nous avons obtenu des guérisons durables avec un procédé plus simple, le raclage énergique des tissus malades. L.

—

LA PERLÈCHE.

Le dr Raymond a attiré dernièrement l'attention sur une affection d'une extrême fréquence, non signalée par les auteurs classiques, et qui mérite pourtant d'être bien connue en raison de son développement souvent épidémique et des erreurs graves de diagnostic auxquelles elle peut donner lieu.

Il s'agit de la *perlèche*, une affection que l'on rencontre chez les enfants principalement et qui est caractérisée par une altération de l'épiderme qui se tuméfie et devient blanchâtre et par une fissure plus ou moins profonde, ces lésions occupant la commissure des lèvres, en général des deux côtés, quelquefois cependant d'un seul côté.

La perlèche est indolore et les enfants n'accusent aucune sensation, à moins que la fissure ne devienne saignante.

La lésion se limite exactement au voisinage des commissures; jamais elle ne siége à la partie médiane de la lèvre; elle tend à guérir spontanément au bout de 2 à 6 semaines: guérie, elle laisse après elle pendant plusieurs mois une surface blanche, nacrée, lisse.

La perlèche paraît être extrêmement contagieuse (par contact direct, baisers, usage d'objets communs); quand elle existe dans une école, on est à peu près sûr que tous les enfants en seront atteints; c'est au reste une affection sans gravité.

Le dr Raymond a recherché le microbe qui la produit; c'est presque toujours le staphylocoque blanc, mais d'autres microbes, habitant la cavité buccale, peuvent aussi la produire.

Le prof. Fournier a confirmé que la perlèche présente un intérêt médico-légal évident : le diagnostic différentiel avec la syphilis se pose quelquefois dans des conditions fort difficiles, particulièrement lorsque, comme il arrive quelquefois, la perlèche se présente chez l'adulte.

L.

EMPLOI DE L'ÉLECTRICITÉ A LA SUITE DE L'APOPLEXIE CÉRÉBRALE.

Le dr de Renzi apprécie comme suit la valeur, très controversée, et le mode d'action, très obscur, de l'électricité dans les paralysies consécutives à l'apoplexie cérébrale.

Il est incontestable pour lui que l'électrothérapie fait parfois réapparaître immédiatement les contractions volontaires dans les muscles paralysés : cette restauration n'est pas produite directement par l'électricité, mais par la contraction des muscles que celle-ci détermine; la

seule application électrique ne peut, par elle seule, vaincre la paralysie. On ne peut expliquer l'effet curateur de l'électricité en invoquant une résorption de liquide (opinion de Remak), car une telle résorption demande du temps, alors que la disparition de la paralysie est instantanée. L'électricité qui doit être appliquée sous forme de courants induits et avec des électrodes humides sur les muscles paralysés, agit probablement en provoquant des contractions ; celles-ci réveillent les images internes des mouvements ou mémoire motrice, laquelle est affectée par l'effet de l'ictus apoplectique. En résumé, l'électricité guérirait l'amnésie motrice. L.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 30 septembre 1893.

— M. Borlée lit le discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux funérailles de M. Tirifahy. Ce discours sera reproduit au *Bulletin*.

— M. Crocq lit le discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Van Kempen. — Ce discours sera inséré au *Bulletin*.

— *M. Masoin* revient sur la question soulevée à la dernière séance par M. Crocq, concernant une autorisation — la première de l'espèce — accordée par le Gouvernement, de pratiquer l'hypnotisme. S'appuyant sur les termes de la requête elle-même et sur les termes de son rapport, il démontre que l'autorisation incriminée ne comprend que la pratique de l'hypnotisme « de concert avec des médecins, » autrement dit, « sous l'œil du médecin, ou du moins sous la direction générale du médecin. » On est donc bien loin de la *Protection gouvernementale du charlatanisme*, titre de la brochure déposée à la dernière séance de l'Académie au nom de la Société médico-chirurgicale du Brabant.

— *Communications relatives au choléra*. — *M. Desguin* fait une communication verbale sur les cas de choléra qui se sont présentés à Anvers dans ces derniers temps. Le premier cas a été signalé le 28 juillet, le second a eu lieu le 2 août. Jusqu'au 29 septembre, le nombre total des cas a été de 88, dont 60 suivis de mort. Beaucoup de ces décès ont été presque foudroyants, se produisant dans la journée même où la maladie a été contractée. Les mesures les plus sévères ont été prises, tant pour l'isolement des malades que pour la désinfection de leurs maisons et des habitants restés indemnes. Pour la désin-

fection des vêtements et des objets de couchage, on se sert de l'étuve à vapeur sous pression, de Geneste et Herscher, qui offre toute garantie. On peut atribuer à la sévérité des mesures prophylactiques le nombre relativement restreint des cas et l'absence de propagation de la maladie.

Dans différentes communes de la province, notamment à Willebroeck, Boom et Stabroeck, des cas mortels de choléra se sont également présentés. La désinfection y a été faite aussi bien que possible, et l'extension du mal a pu être évitée, L'étuve à vapeur sous pression n'y existe pas, à cause de son prix élevé ; toutefois l'isolement des maladies et la désinfection ont été effectués aussi bien que le permettent les moyens dont on dispose.

— *M. Gallez* décrit à grands traits la situation sanitaire des communes de Dampremy et de Marchienne, où le choléra vient d'éclater. Il en expose les cas probables et cite des faits intéressants qui tendraient à faire admettre la contagion que nient certains savants.

Ces communications seront reproduites au *Bulletin*.

Discussion.

Suite de la discussion sur les communications relatives au choléra.

M. Crocq expose les lésions caractéristiques offertes par l'intestin grêle dans le choléra à la période algide et à la période de réaction. Dans la première, il signale le boursoufflement de la muqueuse duodénale, qui empêche l'afflux de la bile dans l'intestin, et l'infiltration d'abondants leucocytes dans la muqueuse de l'intestin grêle.

L'état désigné sous le nom de choléra typhoïde est dû soit à ces lésions intestinales, soit aux lésions cérébrales. M. Rommelaere a signalé dans deux cas des broncho-pneumonies rencontrées à l'autopsie ; dans le premier de ces cas, il s'agit d'une tuberculose; dans le second, d'accidents qui appartiennent à la période de réaction, et non à la période algide.

Dans la période de réaction, les malades meurent habituellement par le cœur, par le cerveau ou par l'intestin. Dans la période algide, la mort résulte des modifications du sang, qui s'épaissit et devient incapable d'entretenir la nutrition du cœur ; celui-ci s'arrête en diastole, et le ventricule droit offre un caillot fibrinaux, signalé par Graux, et formé à la fin de la vie. Ces circonstances expliquent parfaitement tous les phénomènes de la période algide, sans qu'on doive invoquer l'hypothèse de l'intoxication.

M. Rommelaere a constaté la présence du vibrion cholérique chez des malades qui n'avaient pas le choléra, et deux mois avant l'invasion de l'épidémie ; il l'a constaté après guérison, et longtemps après. Donc ce vibrion peut exister dans l'organisme sans produire le choléra. Il en résulte que sa présence ne suffit nullement pour caractériser le choléra, et M. Rommelaere a seulement eu tort de ne pas avoir osé affirmer catégoriquement le fait. Il en résulte encore que l'examen bactériologique tant vanté n'a aucune valeur et qu'il expose même à des erreurs de diagnostic en faisant confondre avec le choléra des embarras gastriques, des entérites simples et des fièvres typhoïdes.

Les faits signalés par M. Rommelaere ont d'ailleurs été constatés aussi à Berlin et à Hambourg. Dans cette dernière ville, on a même rencontré le vibrion soi-disant spécifique chez des sujets qui n'ont jamais eu le choléra. En revanche, dans de nombreux cas de vrai choléra, on ne l'a pas trouvé. Les observateurs qui ont constaté ces faits n'osent toutefois pas en conclure que le vibrion n'est pas caractéristique du choléra, parce que la foi microbienne, qui est une véritable religion, ne leur permet pas de le faire. Ils se tirent d'affaire en qualifiant de choléra asiatique ceux qui présentent le vibrion, et de choléra nostras ceux où on ne le trouve pas, bien que ces cas soient absolument identiques.

Quaut aux cas où le vibrion existe chez des sujets qui ne présentent pas les phénomènes du choléra, on se tire d'affaire à leur égard en disant que la virulence du microbe peut diminuer, disparaître et puis reparaître. Par ce subterfuge, par cette hypothèse, on sauve encore une fois la doctrine microbienne menacée dans son existence.

Tout cela, ce n'est plus faire de la science d'observation, c'est torturer les faits, c'est les soumettre aux caprices de l'imagination.

Du reste, les principes de la doctrine microbienne ne sont nullement fixes ; ils sont variables et mobiles, changeant avec les exigences. Baumgarten, en 1887, proclamait que, pour admettre l'existence d'un parasite pathogène spécifique, on devait le rencontrer *exclusivement* et *constamment* dans la maladie qui s'y rapporte. En 1892, Macaigne déclare que tout microbe peut produire des lésions très variées, et même exister sans en produire aucune. Les microbes descendent ainsi au rang de simples agents irritants, dénués de toute spécificité, vu qu'ils peuvent produire des lésions quelconques.

On a fait grand bruit des expériences par lesquelles on a produit chez les animaux le choléra par l'introduction des cultures microbiennes dans l'intestin. Ces expériences sont loin de réussir toujours ; pour les réussir, il faut faire entrer le produit directement dans le duodénum, sans passer par l'estomac dont le suc gastrique tue les vibrions. Or, ce procédé a-t-il la moindre analogie avec ce qui se passe chez l'homme ? Chez celui ci, l'introduction dans l'estomac d'une eau renfermant quelques rares vibrions, passe pour engendrer le choléra ; et chez les animaux, il faut, pour obtenir le même résultat, injecter dans le duodénum des cultures pures de ce même vibrion. Ces faits sont ils comparables ?

D'autre part, on produit les mêmes phénomènes en introduisant dans le tube digestif des animaux, des cultures de *bacterium coli commune* provenant de sujets atteints d'entérite, ou des cultures de streptocoques. Donc le vibrion de Koch n'est nullement la cause spécifique du choléra, qui peut être produit par une foule d'autres causes, microbiennnes ou non.

M. Crocq démontre ensuite que les symptômes du choléra ne proviennent pas d'une intoxication due aux toxines sécrétées par le bacille-virgule ou par d'autres.

La bactériologie, qui a eu la prétention de dominer la pathologie, n'a fait qu'y introduire le désordre, le gâchis de l'anarchie ; elle a poussé

les médecins à combattre des microbes contre lesquels ils ne peuvent rien, et à négliger les lésions que la thérapeutique peut combattre efficacement ; elle les a finalement conduits à des conséquences ridicules, qui mériteraient un Molière pour les relever.

Ainsi le *bacterium coli commune* se rencontre dans l'intestin de tout homme bien portant. Il est donc inoffensif ; mais on le trouve dans l'intestin d'un individu atteint d'entérite,et alors il est considéré comme la cause de celle-ci. Pourquoi ? Parce qu'on n'y trouve pas d'autre microbe et qu'il faut nécessairement un microbe. Donc il doit être devenu virulent. Pourquoi est-il devenu virulent ? Parce que le malade a la diarrhée. Pourquoi le malade a-t-il la diarrhée ? Parce que le *bacterium coli commune* est devenu virulent. Et ainsi on a créé un cercle vicieux.

On a prétendu établir cette virulence sur l'expérimentation ; mais en instituant celle ci, on a constamment confondu les effets généraux des produits microbiens, dus à leur introduction dans le torrent de la circulation, et leurs effets locaux. La différence de ces effets a toutefois été bien saisie par M. Denys, professeur à l'Université de Louvain, dans un mémoire qu'il a dernièrement présenté à l'Académie.

M. Crocq termine en présentant quelques considérations thérapeutiques. La méthode antiseptique, fille de la bactériologie, a donné à Bouchard 66 °/₀ de décès, alors que la moyenne générale est de 45 à 55 °/₀ ; c'est plus que la simple expectation. Le bicarbonate de soude, au contraire, a quelquefois été employé avec avantage ; or, il devrait être nuisible, les milieux alcalins favorisant la végétation du bacille-virgule.

Il repousse comme irrationnelle la vaccination anticholérique, ainsi que les injections de liquides salins dans les veines et dans le tissu cellulaire, et l'administration des excitants. La seule thérapeutique rationnelle est celle qui agit sur la muqueuse intestinale hyperphlogosée ; on y arrive par l'eau froide et les modificateurs, parmi lesquels il recommande surtout le calomel.

— Cette discussion sera continuée à la prochaine séance.

Election du Président et des Vice-Présidents de l'Académie pour l'année 1894.

Pour la présidence, la majorité requise n'ayant pas été obtenue, un second scrutin sera ouvert lors de la prochaine réunion.

M. Willems est élu premier Vice-Président, à l'Unanimité.

M. Desguin est élu deuxième Vice-Président par 26 voix sur 30 votants.

VARIÉTÉS.

—

Microbes dans le lait de la femme. On avait toujours cru que le ait de femme ne contenait pas de micro-organismes. Il paraît que

c'est là une idée fausse, et que, à l'état normal, en dehors de toute maladie, le lait peut contenir des bactéries.

C'est ce que les recherches des dr[s] Cohn et Neumann, consignées dans les *Archives de Virchow*, il y a deux ans, tendaient à établir.

Ils ont trouvé dans le lait recueilli avec toutes les précautions nécessaires des microbes pyogènes, et en particulier le staphylococcus pyogenes albus. L'abondance de ces micro-organismes est très variable. Ils pénétreraient dans la glande mammaire par l'extérieur; aussi seraient-ils notablement plus nombreux dans la partie externe des conduits galactophores. Leur présence n'indique naturellement rien de pathologique. Ils n'altèrent en rien le lait et ne nuisent pas au nourrisson.

Sur 43 femmes bien portantes ou atteintes d'affections autres que la fièvre puerpérale, ils avaient trouvé en effet 42 fois des microbes; c'étaient presque toujours des staphylocoques blancs, plus rarement des staphylocoques dorés; 4 fois, ils ont rencontré le streptocoque pyogène, et dans ces cas, il s'agissait de paramétrite puerpérale.

Sur vingt-deux femmes bien portantes Palleske a trouvé 12 fois le lait stérile et 10 fois des staphylocoques qu'il croit de provenance aérienne.

Par contre, Escherich, chez 25 nourrices bien portantes, a trouvé 24 fois le lait stérile, et chez 13 femmes atteintes de fièvre puerpérale, il a trouvé 12 fois des staphylocoques Il en a conclu que ces microbes étaient de provenace génitale.

Le d[r] Ringel a repris dernièrement l'étude de cette question.

Il a soumis à ses recherches 25 femmes, 12 bien portantes et 13 malades, en s'emtourant de précautions minutieuses pour recueillir le lait d'uue façon aseptique. Voici les résultats obtenus : 3 fois lait stérile, 17 fois staphylocoque pyogène blanc, 2 fois staphylocoque doré, 1 fois ces deux microbes associés, 2 fois association du premier avec le streptocoque. Les deux derniers cas ont trait à des femmes malades. Les trois cas dans lesquels le lait a été trouvé stérile, appartiennent, l'un au groupe des femmes bien portantes, les deux autres à celui des femmes malades.

Quoi qu'il en soit, la présence de ces microbes est indépendante de la fièvre puerpérale, car leur abondance varie extrêmement d'une femme à l'autre, sans que son état de santé paraisse avoir d'influence sur le nombre de ces microbes.

On se demandera pourquoi ces microbes ne causent pas d'inflammation de la glande. On peut répondre à cela que la virulence des staphylocoques découverts est diminuée; en effet, il faut les cultiver plusieurs fois sur les milieux ordinaires pour leur rendre leur pouvoir pyogène.

Quant au streptocoque, il n'a été rencontré par M. Ringel, comme par Cohn et Neumann, que dans les cas de maladie puerpérale. Il semble donc que s'il se rencontre dans la glande mammaire, c'est par métastase, comme il peut se rencontrer dans tout autre organe.

Le d[r] Honigmann est arrivé à des résultats qui diffèrent peu des résultats obtenus par le d[r] Ringel.

Le lait provenait de seins appartenant à soixante quatre femmes bien portantes et il a été recueilli avec toutes les précautions antiseptiques indispensables. Il a été examiné au microscope et par le procédé des plaques; la quantité examinée a varié de 20 centigrammes à 3 grammes. Quatre fois seulement il a été trouvé stérile. Dans tous les autres cas, on a trouvé le staphylococcus albus, quatre fois l'aureus, et trois fois d'autres microbes (un bâtonnet et une sarcine). Le nombre des microbes rencontrés a oscillé de 1 à 9126). Les staphylocoques observés se sont montrés virulents.

Voici quelles sont les conclusions de ces recherches :

Dans le lait de femme, il existe presque toujours des staphylocoques appartenant le plus souvent à la variété blanche; ces microbes proviennent de l'extérieur et ne déterminent aucun phénomène pathologique. On peut y rencontrer des streptocoques, mais le fait est rare et s'observe chez des femmes atteintes d'infection puerpérale.

—

Mortalité par tuberculose aux différents âges. C'est à tort qu'on se figure parfois que la tuberculsse est en quelque sorte l'apanage de la jeunesse et qu'elle épargne l'âge adulte ou la vieillesse.

Des recherches de Würzburg, il résulte que la mortalité par phthisie pulmonaire atteint dans les deux sexes son maximum de 60 à 70 ans, étant donné, bien entendu, que l'on rapporte le nombre des victimes de la tuberculose, non pas au chiffre total de la population, mais à un même chiffre d'individus groupés par âge.

D'études analogues faites par le dr Holsty, mais portant sur la tuberculose en général et non pas seulement sur la phthisie pulmonaire, il résulte que la mortalité par cette infection a surtout frappé les enfants au-dessous de deux ans.

Après deux ans, la mortalité par tuberculose diminue, atteint son minimum entre 5 et 15 ans, augmente ensuite pour atteindre son maximum entre trente-et-un et quarante ans et devient ensuite moins considérable. D'une manière générale, la tuberculose frappe plus les hommes que les femmes ; ce n'est qu'entre cinq et vingt ans que le sexe féminin l'emporte sur l'autre par le nombre des victimes de la tuberculose. Après quarante ans, tandis que la tuberculose devient de plus en plus rare chez la femme, elle conserve chez l'homme une fréquence uniforme jusque vers 60 ans, et ce n'est qu'après cet âge qu'elle devient moins fréquente.

Si, pour Helsingfors, on examine la fréquence de la tuberculose pulmonaire, en laissant de côté les autres tuberculoses, on constate que le maximum de mortalité, pour le sexe féminin, se trouve de vingt-cinq à quarante-cinq ans et pour le sexe masculin de trente-cinq à cinquante-cinq ans.

—

Morphinomanie chez les médecins. A l'occasion de l'autopsie du dr Porteret de Lyon qui a récemment tué sa femme et s'est tué ensuite, après avoir abusé de la morphine, du chloral, du bromure, de la cocaïne, le prof. Lacassagne a écrit des réflexions qu'il est bon de signaler :

Décidément la morphine exerce de grands ravages parmi les médecins : elle est devenue un poison professionnel. Aujourd'hui, on peut l'appeler : l'absinthe des docteurs. D'après les statistiques que nous avons relevées, nous trouvons sur 545 morphinomanes un effectif de 285 médecins. Comment expliquer ces résultats? Est-ce que le besoin d'oublier et de ne pas souffrir conduisent peu à peu à ce paradis artificiel les médecins, victimes du surmenage moderne? Mais, insensiblement, la désorganisation se produit, la raison sombre, c'est l'aliénation avec toutes les douleurs qui font pleurer les familles et rendent tristes les amis.

—

Innocuité du cuivre. On se rappelle encore la discussion qui a été soulevée naguère à l'Académie de médecine de Belgique sur la question de la toxicité du cuivre et qui s'est terminée sans trouver de solution.

Dans une leçon faite à l'Hôtel-Dieu de Paris, le dr Bucquoy s'est prononcé de nouveau catégoriquement en faveur de l'innocuité du cuivre, à l'occasion d'un malade entré à l'hôpital pour des troubles dus à l'alcoolisme et présentant impunément, comme la plupart des ouvriers qui travaillent le cuivre, le liseré spécial des gencives ou plutôt des dents,

Le cuivre, dit M. Bucquoy, peut provoquer quelques désordres gastro-intestinaux; il peut causer une indigestion, mais non un empoisonnement.

Quant à l'intoxication chronique par le cuivre, à laquelle on a cru pendant longtemps, M. Bucquoy ne l'admet pas; il a vu de vieux ouvriers, ayant travaillé le cuivre pendant plus de trente ans, ayant les cheveux, la barbe, les mains, les habits pleins de poussières métalliques, et chez lesquels il n'a observé aucun accident imputable à la matière qu'ils emploient.

Dans certains villages où l'industrie du cuivre est très répandue, on remarque une imprégnation générale de la peau, des vêtements des habitants; tout le pays est, pour ainsi dire, imprégné; la terre elle-même contient des quantités de cuivre considérables; malgré cette saturation générale par le cuivre, ces pays fournissent un grand nombre de vieillards, ce qui prouve qu'on ne s'y porte pas plus mal qu'ailleurs; on dirait que le cuivre conserve les habitants.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — LA MÉDECINE DES INDIGENTS DANS LES COMMUNES RURALES.

M. le d[r] G. Lambret, d'Yvoir, a présenté au Syndicat médical de la province de Namur, et devait défendre le 26 octobre devant la Fédération médicale belge, l'intéressant travail qu'on va lire et sur lequel nous attirons l'attention des législateurs.

La loi du 27 novembre 1891, sur l'assistance médicale gratuite des indigents, n'est qu'une ébauche ; si elle devait rester telle qu'elle est, c'est-à-dire laissant tout à l'arbitraire des administrations des communes rurales, ce serait fâcheux pour tout le monde. Les honoraires du médecin sont presque toujours dérisoires ; les listes d'indigents sont surchargées de noms qui ne devraient pas s'y trouver, de faux pauvres qui, auparavant, payaient fort bien. Il se fait des marchandages, des adjudications au rabais. Les médecins, auparavant, soignaient gratuitement et volontiers les pauvres mais restaient libres : aujourd'hui, pour quelques pièces de cent sous, on leur prend leur liberté, et on les charge d'un responsabilité morale et civile énorme. — Je connais une commune distante de 4 kilomètres du médecin le plus rapproché, où, à la suite d'une adjudication, les soins médicaux, fourniture de médicaments comprise, ont été côtés à 90 centimes par indigent et par année ! Est-ce convenable pour le médecin, est-ce bon pour l'indigent ?

La loi doit donc être revisée et le Gouvernement, ayant avec grande raison, fait décréter que les indigents ont droit à l'assistance médicale gratuite, a pour *premier* devoir de prendre sa part des charges que cette assistance impose, et d'en diriger le fonctionnement, comme il le fait pour l'instruction, la voirie, etc.

Le service de la santé publique ne prime-t-il pas tous les autres ?

Comment cette assistance médicale gratuite doit-elle être organisée ?

Je n'aborderai pas ici la question des hôpitaux ruraux, je ne suis pas compétent, et de plus je ne crois pas (je souhaite de me tromper) que cette idée ait grande chance de succès dans toutes nos petites communes. Je me bornerai donc à m'occuper du service gratuit à domicile : celui-là, je le connais, car je le pratique depuis 28 ans.

Disons d'abord qu'on doit tenir compte de trois choses : 1° Juste rémunération pour les médecins et pharmaciens ; 2° Sauvegarde des intérêts communaux et 3° dans les limites du possible, liberté pour l'indigent de choisir son médecin et son pharmacien.

S'il y avait contestation à l'égard de cette dernière proposition, je montrerais les inconvénients qu'il y a pour le médecin lui-même à être imposé à des malades qui n'ont pas confiance en lui. Ensuite, pourquoi vouloir pour l'indigent ce que nous ne voudrions pas pour nous-mêmes ?

Passons donc et voyons comment on peut concilier les trois intérêts en jeu ?

Avant de répondre, examinons les inconvénients des systèmes suivis généralement : la conclusion viendra plus facilement après.

A. Le système de l'abonnement pour une somme déterminée et par année. C'est le système le plus fréquemment adopté et, disons le tout de suite, le plus mauvais.

1° Il supprime absolument la liberté de l'indigent dans le choix du médecin ; il est donc mavais à ce point de vue et pour l'indigent et, comme je viens de le dire tantôt, pour le médecin lui-même;

2° il amène l'augmentation indéfinie du nombre des indigents. Ce vice ne fera que croître avec l'extension du suffrage électoral, surtout si, comme c'est possible, la nouvelle loi à venir n'exclut pas les assistés;

3° il conduit à la médecine au rabais ou par adjudication, c'est à dire à ce qu'il y a de pire et pour la profession médicale et pour le servic e des indigents;

4° enfin, la politique s'y donne pleine carrière par des révocations imméritées et des nominations de faveur, ce que personne ne doit souhaiter.

Le système de payement par visite, avec choix facultatif du médecin par l'indigent, vaut un peu mieux, pas beaucoup. Il a l'inconvénient grave d'engager les communes dans l'inconnu. Qui décidera de l'utilité et du nombre des visites médicales ? Si c'est le médecin, il est à craindre, il faut bien le dire, qu'il n'en exagère le nombre, au détriment des finances communales.

Si, au contraire, c'est un fonctionnaire, incompétent d'ailleurs, qui décide, il restera vraisemblablement en deça de la nécessité et, l'amour-propre médical aidant, le médecin achèvera pour rien, un traitement pour lequel les premières visites seulement auront été demandées et payées; ou, s'il n'a pas le cœur assez haut pour s'élever audessus de la question d'argent, c'est le malade qui en pâtira.

C. Nous arrivons à l'abonnement par famille (un prix fixe, le même pour toutes). Ici nous rencontrons tous les inconvénients qu'a signalés un honorable confrère de la Province, le médecin est sacrifié; il lui faut soigner pour une seule rétribution, les parents, les enfants, beaux-enfants, petits-enfants, et parfois les arrière-petits-enfants, les oncles, les tantes, à l'infini !

D. Voici un autre système, en vigueur à Dinant : une somme annuelle, toujours la même, est allouée pour l'assistance à domicile des indigents, somme que se partagent entre eux tous les médecins, au prorata du nombre de leurs visites. Ce système a beaucoup de bon : il respecte la liberté des indigents ; il économise l'argent du bureau de bienfaisance, mais, malheureusement, l'allocation des Hospices est presque toujours fixée avec parcimonie et à Dinant, au moment du partage des dividendes, on a trouvé que la visite était payée à raison de dix à vingt centimes !

E. Nous arrivons au système que j'ai gardé pour le dernier et que je considère comme le seul bon, celui de la *capitation* : « autant par tête d'indigent et par année ». Les indigents, groupés ou non par famille, choisiraient leur médecin. Ainsi, seraient sauvegardés à la fois les intérêts des communes, des médecins et des indigents.

Par le système de la capitation on supprime l'adjudication et la politique, deux fléaux pour la profession médicale; la commune sait à quoi elle s'engage; elle n'a de critiques à encourir de personne, ni du médecin, ni des indigents; le médecin ne soigne que des malades qui ont confiance en lui; l'indigent a le médecin de son choix et tout le monde est content.

L'application de ce système est facile :

Le taux de la capitation étant établi, la Députation demanderait à tous les médecins dans quelles communes ils consentent à soigner les indigents au taux fixé. — La Députation transmettrait aux communes, en ce qui les concerne, la liste des médecins acceptants, et les indigents choisiraient entre ces médecins. — Ce n'est pas plus difficile que cela.

Quant aux pharmaciens, la Députation de la province de Namur a déjà formulé un tarif pour les indigents, et ceux-ci ont le droit de se fournir dans toute officine qui accepte ce tarif.

Je dirai pour finir que je regrette vivement le premier alinéa de l'art. 6 du règlement type proposé par M. le Ministre de la justice. Il est irréalisable dans beaucoup de circonstances, inutile quand l'indigent a choisi lui-même son médecin (car c'est une affaire de confiance) et peut créer de nombreux et graves embarras aux praticiens.

En résumé, voici les désiderata qui résultent de cette étude :

1° L'Etat et la Province prenant leur part des charges que l'assistance médicale gratuite impose aux communes. et dirigeant le fonctionnement de cette assistance, comme cela se fait pour l'instruction, la voirie etc.

2° Les listes d'indigents très sévèrement dressées et contrôlées — susceptibles même d'appel.

3° L'adoption du système de la capitation.

4° Le taux de cette capitation uniforme pour la Belgique entière (Loi) ou au moins pour chaque Province; l'Etat ou la Province établissant ce taux et le fixant largement, comme il convient à un grand service public, et eu égard à la responsabilité qu'on impose aux médecins contractants.

5° Liberté pour chaque indigent majeur et chaque famille d'indigents, de choisir son médecin.

6° Etablissement d'un tarif pharmaceutique et liberté pour l'indigent de se fournir dans les pharmacies qui ont accepté ce tarif.

7° Règlement spécial pour les postes suivants :

a) Le service obstétrical.

b) Toutes les opérations chirurgicales importantes dont la nomenclature serait établie par la Députation permanente suivant l'avis de la commission médicale.

c) Le service supplémentaire en temps d'épidémie.

d) Les vaccinations et revaccinations gratuites.

e) Les soins à donner aux étrangers indigents, vagabonds, etc.

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE (1).

Bien que la symphyséotomie soit l'opération à la mode, elle n'a encore jusqu'ici été pratiquée que trois fois en Belgique : par M. Kufferath, à Bruxelles, en mai dernier ; par deux de nos anciens élèves MM. Laloyaux et Dardenne, à Thuillies, en août — et par moi, à Louvain, le 24 octobre. La première observation a été publiée par la Société belge d'obstétrique ; nous donnerons les deux autres ci après.

La fortune de la symphyséotomie a été des plus diverses. Accueillie au début par des enthousiasmes et des répugnances systématiques, l'opération de Sigault est tombée bientôt dans l'oubli le plus complet. Elle avait le malheur d'être présentée avant son temps. Depuis quelques années elle est remise partout à l'étude, dans des conditions nouvelles, et, tandis que dans certaines écoles on semble vouloir lui faire tout détrôner : accouchement prématuré artificiel, embryotomie, césarienne et, même, version et forceps — dans d'autres, notamment en Allemagne, on paraît vouloir en détourner les praticiens et l'on insiste plus sur les difficultés opératoires qu'elle présente que sur ses avantages. *(Voir plus loin)*.

Nous tâcherons, dans l'étude qui va suivre, de nous tenir à égale distance des extrêmes, dans l'étroit sentier du bon sens, qu'Ovide montrait déjà comme le plus sûr : « medio tutissimus ibis. »

Une première question se pose : que gagne-t-on à fendre un bassin et jusqu'où peut-on porter l'écartement des pubis sans crainte de déboîter ou de briser les charnières des articulations sacro-iliaques, les plus puissantes et les plus serrées du corps humain ?

Il y a une vingtaine d'années, sur le cadavre d'une femme morte en couches, nous avons montré qu'on pouvait, avec précautions, écarter les pubis de 7 centimètres, sans déchirer la lame de périoste épaissi qui constitue le ligament sacro-iliaque antérieur.

(1) Voir *Revue médicale* 1892, p. 145.

Ces expériences confirmaient celles de Giraud et Ansiaux, qui admettaient un écartement de 67 millimètres. Depuis les recherches récentes, nécroscopiques et cliniques, presque tous les accoucheurs admettent que l'écartement de 7 centimètres n'est pas incompatible avec l'intégrité des symphyses sacro-iliaques. Nous croyons qu'il y aurait témérité à franchir cette limite, déjà dangereuse pour les bassins très étroits.

Les bénéfices de l'opération varient selon l'amplitude des ceintures pelviennes et sont le plus marqués dans les plus rétrécies. Voici, d'après les mensurations de Farabœuf, les élongations du diamètre sacro-pubien que l'on obtient dans les diverses angusties, pour des écartements des pubis de 5, de 6 et de 7 centimètres :

Bassins : Ecartements :	*de* 50 *millim.*	*de* 60 *millim.*	*de* 70 *millim.*
de 5 centimètres :	73 »	79 »	85 »
de 6 »	81 »	86 »	91 »
de 7 »	89 »	93 »	98 »
de 8 »	97 »	101 »	105 »
de 9 »	106 »	109 »	113 »
de 10 »	114 »	118 »	121 »

« L'agrandissement du diamètre antéro-postérieur, fait remarquer Farabœuf, n'est pas uniformément proportionnel à l'écartement des pubis séparés, cet agrandissement est accéléré, c'est-à-dire que, minime pour les premiers centimètres d'écartement pubien, il croît de plus en plus pour chaque centimètre qui vient s'ajouter aux précédents. »

La précision et la conscience que Farabœuf apporte dans tous ses travaux, nous fait accepter ses chiffres de confiance, et nous n'avons plus qu'à en tirer les conclusions pratiques.

1° A terme, le bipariétal d'un enfant est de 95 millimètres : la symphyséotomie ne suffit donc pas dans les bassins de 5, ni de 6 centimètres, qu'elle n'élargit que jusqu'à 85 et 91 millimètres, et, pour donner à ces femmes un enfant vivant, il faut combiner la section des pubis avec la provocation du travail à 8 ou à 8 1/2 mois.

2° Aux bassins de 65 millimètres (non renseignés dans le tableau) elle procure vraisemblablement un agrandissement moyen entre celui des bassins de 6 et de 7, c'est-à-dire de 94 1/2 millimètres. Le passage

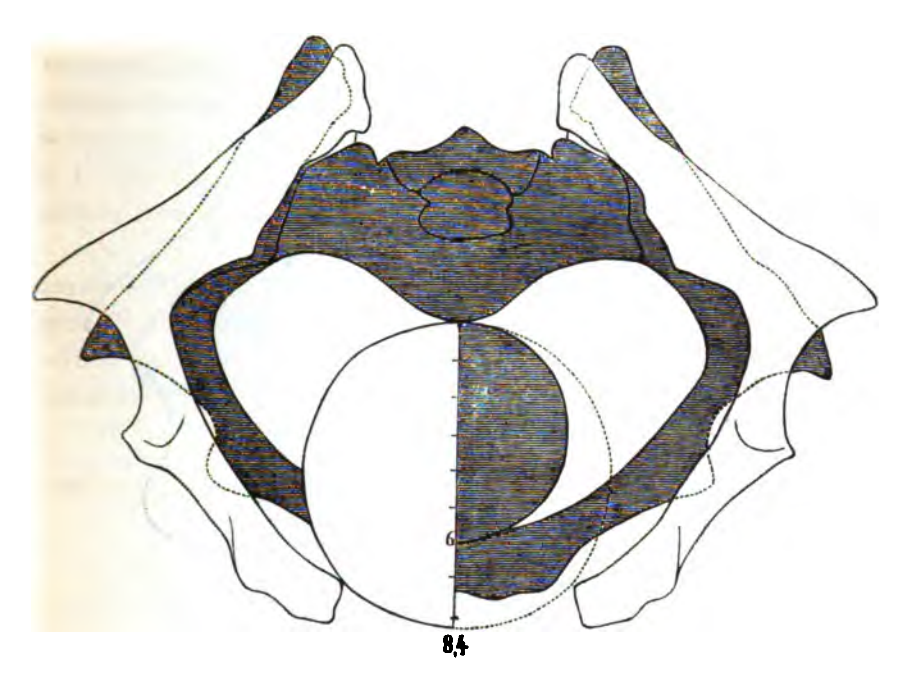


Fig. 1.

Cette figure — empruntée comme la suivante à Farabœut — montre le résultat rigoureusement exact de la symphyséotomie après écartement provoqué de 60 millimètres, symétrique, égal de chaque côté.

C'est une coupe parallèle au détroit supérieur d'un bassin ayant un diamètre promonto-pubien de 6 centimètres, représenté gris avant la section de la symphyse et blanc après l'écartement de 60 millimètres, permis par cette section.

Le diamètre de la sphère blanche acceptée par le bassin écarté est au diamètre de la sphère grise ajustée au bassin intact, comme 84 : 60. Le volume de la sphère blanche est au volume de la sphère grise = 310 : 113, presque triple !

Evidemment en poussant l'écartement un peu plus loin, à 7 et même 8 centimètres, avec des risques pour les parties molles (les antérieures, vulvo-vagino-vésicales, m'inquiéteraient particulièrement) l'on ferait passer une tête à terme (Farabœuf).

est extrêmement juste et la *dernière* limite où l'opération puisse encore être tentée se trouve donc très rigoureusement fixée à 65 millimètres.

3° Dans les bassins de 7 centimètres, pour qu'une tête à terme puisse passer, il faut porter l'écartement des pubis à 7 centimètres.

4° Pour les bassins de 8, de 9 et de 10 centimètres, un écartement de 5 centimètres suffit.

Mais d'autres diamètres que le sacro-pubien — et on semble les

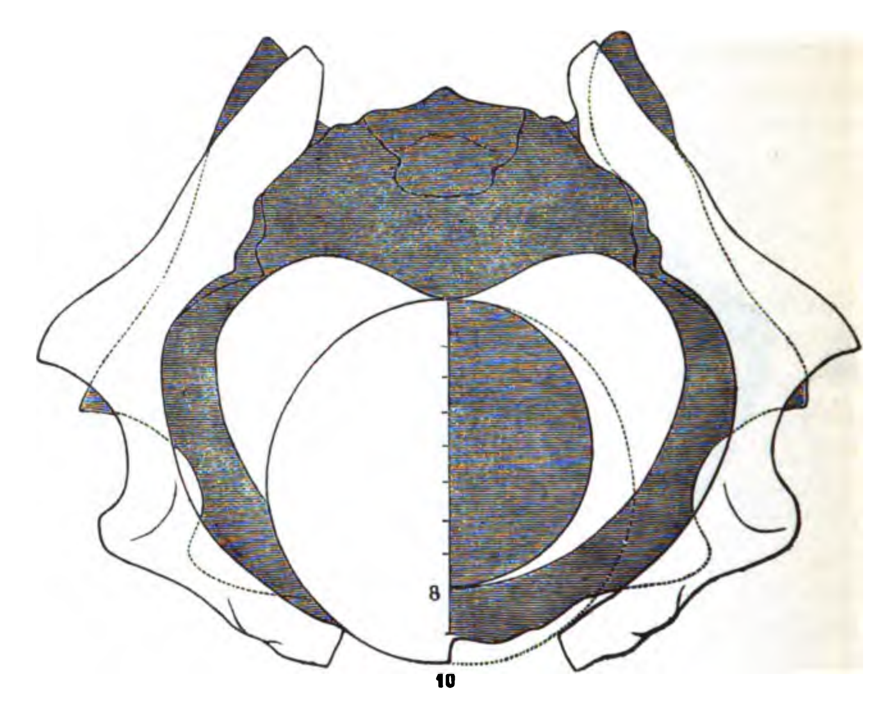


Fig. II.

Résultat rigoureusement exact de la symphyséotomie d'un bassin ayant un diamètre promonto-pubien de 8 centimètres, représenté gris avant l'opération et blanc après l'écartement de 60 millimètres. Coupe parallèle au plan du détroit supérieur.

Le diamètre de la sphère blanche acceptée par le bassin dilaté, est au diamètre de la sphère grise ajustée au bassin intact = 98 : 80.

Le volume de la sphère blanche est à celui de la sphère grise = 488 : 267, presque le double. En d'autres termes : un fœtus de 3000 grammes sera plus petit pour le bassin coupé qu'un fœtus de 2000 grammes pour le bassin intact.

En comparant ce résultat (gain diamétral de 18 millimètres) à celui donné par la figure concernant le bassin de 6 centimètres qui avait gagné 24 millimètres, on voit que la symphyséotomie donne moins aux grands bassins qu'aux petits (Farabœuf).

négliger aujourd'hui — bénéficient de l'opération, et le bis-ischiatique est peut-être celui qui s'allonge le plus. C'est donc dans les resserrements de l'arcade pubienne et dans les bassins cyphotiques, évasés vers le haut, que la symphyséotomie est la plus avantageuse.

Gravité. Les anciennes statistiques ne présentent qu'un intérêt historique : elles accusaient une mortalité de 36,9 p. c. (360 cas; 132 décès) et l'on s'explique aisément l'abandon d'une opération qui donnait

d'aussi fâcheux résultats. Mais l'antisepsie a changé tout cela; ce que l'on n'osait pas, on l'ose; l'intervention jadis si meurtrière ne l'est presque plus et, réunissant les observations publiées depuis 1886 jusqu'en mai 1893, Puech (1) a trouvé :

mères : guéries 70;	*enfants :*	vivants	55;
mortes 3;		morts après naissance	11;
		morts nés	3.

De plus l'expérience a montré que les bassins fendus se raccommodaient très bien, de sorte que la crainte des accidents éloignés s'est dissipée, comme a déjà disparu celle des accidents immédiats.

Indications. Fixés sur les bénéfices comme sur la gravité de l'opération, nous pouvons aborder l'étude des circonstances dans lesquelles elle est appelée à rendre de précieux services et examiner comment, les conditions primitives étant changées, il convient, en pratique, de changer de conduite.

Avant terme. 1. Aux malheureuses affligées d'un bassin de 5 centimètres, nous conseillerions, comme nous l'avons fait entrevoir déjà, la provocation du travail à 7 1/2 ou 8 mois, combinée avec la symphyséotomie. Cette combinaison est assurément meilleure — pour l'*enfant*, que la ressource précaire d'un accouchement prématuré simple à 6 mois; pour la *mère*, que l'embryotomie ou la section césarienne à terme.

2. Pour un bassin de 6, et même de 6 1/2, c'est encore le même conseil que nous donnerions.

3. Dans les bassins de 7, nous laisserions évoluer la grossesse et, à terme, nous diviserions les pubis.

4. Au dessus de 7 1/2 l'accouchement prématuré mérite à nos yeux de conserver la préférence, puisqu'il laisse à l'enfant d'autant plus de chances de survie qu'on peut le faire naître plus tard – et que la mère a beaucoup moins à souffrir d'un accouchement hâtif, presque physiologique, que d'une mutilation sanglante.

A terme : enfant vivant. 5. A 6 1/2 centimètres et au dessous, nous n'oserions pas fendre le bassin : l'écartement des pubis, nécessaire pour livrer un passage suffisant au fœtus nous effraie : il doit disloquer

(1) *Nouveau Montpellier médical*, n° 3 mai 1893, p. 451.

complétement la ceinture osseuse et la section césarienne nous apparaît comme une intervention moins hasardeuse.

6. A 7 centimètres il n'y a pas à hésiter; l'enfant ne passera pas vivant, et pour le sauver mieux vaut ouvrir la symphyse pubienne que la matrice. Nous estimons même qu'il ne faut pas gâter le cas et meurtrir tête fœtale et tissus maternels par des essais de forceps inutiles. A 7 1/2, se pose la question des tractions mécaniques, du levier.

7. A 8 centimètres et *a fortiori* à 8 1/2, 9 et 10 centimètres — nous pratiquons la version : elle n'est pas plus dangereuse pour l'enfant que la symphyséotomie et elle laisse la mère intacte.

Nous ne fendrions le pubis que dans les cas où, la tête se trouvant déjà un peu engagée, l'extraction au forceps nous apparaîtrait comme trop dangereuse. Dans les présentations pelviennes, le tronc étant sorti, si les mains ou le forceps ne parviennent pas à dégager la tête, l'enfant meurt tout de suite; la symphyséotomie arriverait trop tard et c'est la transforation qui délivrera la mère avec le minimum de meurtrissures.

8. Dans la barrure ou le bassin cyphotique, avec ou sans enclavement, il peut être plus sage de sectionner les pubis que de vouloir extraire l'enfant *per fas et nefas*.

9. Une présentation de front irréductible et certains enclavements peuvent réclamer une pubiotomie, même dans un bassin normal.

10. *Enfant mort*. Il est évident que l'embryotomie est indiquée toutes les fois qu'elle est faisable. Mon Père, le premier, avant l'antisepsie, a proposé de fendre le bassin impraticable pour rendre la transforation possible : il voulait faire échapper la femme aux mauvaises chances, si nombreuses alors, de la gastrotomie. Mais ces bassins, où le transforateur ne peut passer, sont extrêmemement rares et nous nous demandons aujourd'hui si la meilleure embryotomie, pratiquée dans un tel bassin préalablement disloqué, n'est pas plus grave que la section césarienne.

Contre-indications. L'ankylose des articulations sacro-iliaques rend la symphyséotomie vaine et l'on ne pourrait élargir ces bassins soudés que par une pubiotomie double, qui détacherait du cercle pelvien une valve mobile. La synostose peut être le résultat d'arthrites ou de suppurations; elle est presque constante dans le vice oblique ovalaire

de Nœgelé. Farabœuf cependant vient de démontrer que la pubiotomie peut procurer à ces derniers bassins un certain élargissement.

Une présentation de l'épaule ou du siége doit-elle faire renoncer à l'opération de Sigault? — Ce n'est pas notre avis. La présentation de l'épaule exige la version et, la version podalique accomplie, on se trouvera dans les meilleures conditions : saisir le pied qui se présente ou accrocher l'aîne, est plus facile que bien placer un forceps au dessus du détroit supérieur; — la tête dernière est plus facile à bien diriger et à extraire par les mains, que la tête première par le forceps; — enfin, les cuillers le plus habilement placées augmentent toujours un peu le volume du crâne et, dans les conditions fâcheuses où l'on se trouve, peuvent blesser la mère et l'enfant. Ces raisons nous empêchent d'admettre avec Pinard que « une application de forceps vaut mieux qu'une extraction par les pieds » avec Varnier que « l'extraction par les pieds n'est qu'un pis aller. » Dans l'observation qui m'est personnelle, où j'avais échoué avec le forceps, j'ai réussi sans peine avec la version.

Technique. Sans présenter de grandes difficultés, l'opération n'est cependant pas aussi simple qu'on pourrait se la figurer *a priori :* on ne tombe pas toujours directement dans la ligne articulaire; il peut venir beaucoup de sang des veines génitales; l'extraction de l'enfant exige de la prudence et de l'adresse, et enfin, dans les soins consécutifs, maintenir l'asepsie du pansement et de la plaie est chose aussi malaisée qu'importante.

Nous avons dit le procédé de Morisani (V. *Revue médicale* l. c.) qui attaque l'articulation d'arrière en avant, c'est-à-dire du côté où elle est le plus serrée et le moins facilement accessible; nous n'y reviendrons plus et nous décrirons l'opération telle que nous la concevons.

Moment. Quelle que soit la présentation, il faut que le col soit, sinon complétement dilaté, du moins assez ouvert pour livrer facilement passage à l'enfant. Opérer trop tôt, c'est se placer dans des conditions fâcheuses; attendre trop longtemps, c'est exposer inutilement la femme à la fatigue et aux déchirures.

La femme, couchée dans la position obstétricale, est endormie, sondée, rasée et minutieusement désinfectée; le chirurgien se place entre les jambes, maintenues par deux aides.

Il incise le pénil, bien exactement sur la ligne médiane, depuis un

ou deux travers de doigt au-dessus du pubis jusque près du clitoris ; le bistouri dévie alors de côté, pour éviter la veine dorsale, — qui s'engage derrière le ligament sous-pubien — et s'arrête avant d'entamer l'orifice vulvaire. Des compresses de gaze iodoformée arrêtent le sang qui coule parfois abondamment.

Immédiatement au-dessus du rebord pubien, deux petites incisions transversales peuvent être nécessaires pour permettre à l'indicateur gauche de passer dans la cavité prévésicale et de se glisser derrière le pubis jusqu'au bas de l'excavation. Mieux qu'une sonde métallique déprimant l'urèthre et le déjetant de côté, ce doigt protége la vessie et le canal contre les échappées du couteau.

En avant les surfaces osseuses s'évasent un peu, formant une gouttière, remplie par du cartilage, et que le doigt reconnaît aisément. La ligne interarticulaire se reconnaît encore à ce que le bistouri s'enfonce facilement dans le cartilage, non dans l'os.

On attaque l'articulation de haut en bas et d'avant en arrière, au bistouri pointu d'abord, puis, pour épargner le doigt qui protége la vessie, au bistouri boutonné. On coupe vers le bas aussi longtemps qu'on éprouve la résistance du ligament triangulaire sous-pubien, qui doit être complétement divisé : un craquement et la séparation immédiate des surfaces articulaires, indiquent que la libération est complète.

Accouchement. On ne peut attendre l'expulsion de l'enfant : elle pourrait ou trop tarder ou se faire trop brusquement.

Si c'est l'épaule qui se présente, on fait la version podalique ; si c'est le siége, tant mieux, on attire un pied ou on accroche l'aîne ; si c'est la tête, on la saisit par le forceps.

Ce n'est pas la partie fœtale qui doit produire l'entrebaîllement des os — elle pourrait léser les parties molles contre les deux angles pubiens — et il faut d'abord élargir la voie, puis seulement y attirer le mobile. Les aides donc, à ce moment, pèseront prudemment sur les cuisses de manière à obtenir que l'articulation s'ouvre lentement, graduellement, symétriquement, sans à-coups.

Baetings (1), dès 1819, avait déjà inventé un « *instrument écartatif* » des pubis et Farabœuf vient d'en imaginer un autre, à cadran gradué.

(1) *Mémoire au sujet d'un instrument écartatif.* — Turnhout, Brépols, éditeur, 1819.

Sans doute, l'écartement manuel par l'abduction des cuisses est délicat à régler, mais avec de l'attention et des précautions, il se fait très bien et les appareils écarteurs nous semblent inutiles.

Pour dégager la tête du détroit inférieur, il faut se rappeler que le diamètre bis-ischiatique est devenu le plus long de la région, et la laisser en travers — ou, si l'on veut la ramener dans le coccy-pubien, faire rapprocher les os, comme le conseille Varnier, pour épargner les parties molles fortement tiraillées en travers.

Pansement. Vagin et plaie sont soigneusement lavés avec des solutions antiseptiques; une bandelette de gaze iodoformée est poussée de bas en haut derrière le pubis, entre les tissus décollés par le doigt, puis on procède à la suture. On a conseillé la suture osseuse, elle est inutile. Quelques points de suture au fort catgut, intéressant le périoste, rapprochent les profondeurs de la plaie et deux ou trois points superficiels la ferment complétement.

Un bandage de corps et un lien autour des genoux assurent l'immobilisation du bassin. On a conseillé de plâtrer le bandage ou d'employer la gouttière de Bonnet. Tous ces appareils ont le grave inconvénient de se souiller facilement par les lochies et ainsi de prédisposer aux infections secondaires, comme nous l'avons vu. L'ingéniosité des accoucheurs doit s'évertuer à trouver des moyens plus commodes d'assurer la propreté ou l'asepsie de la région. Panser une femme qui ne peut bouger est une grosse affaire et, pour le faire convenablement, il faut se mettre à trois ou à quatre.

Une sonde de Pezzer, laissée à demeure, préserve la vulve et les literies, en conduisant directement les urines dans un flacon suspendu au bord du lit.

Le régime est celui de toutes les accouchées et l'œdème, qui se produit si facilement dans les grandes lèvres, ne doit pas trop préoccuper; il se dissipe spontanément.

« Vers le 10e jour, dit Pinard, la femme peut remuer dans son lit et se lever le plus souvent vers le 20e jour. Elle n'éprouve aucune souffrance, soit dans la symphyse, soit dans les articulations sacro-iliaques.

Autres procédés. Nous avons dit que Morisani et la plupart des italiens attaquent la symphyse d'arrière en avant. Ils décollent les tissus

rétro-pubiens du doigt, qui sert de guide, soit au bistouri droit, soit à la faucille *(falcetta)* de Galbiati.

Imbert, après avoir déprimé l'urèthre au moyen d'une sonde, et l'avoir déjeté de côté, enfonçait dans le vestibule un bistouri à rondache et divisait le cartilage d'arrière en avant, sans intéresser les téguments.

On a conseillé aussi, non plus de diviser la symphyse, mais de scier le corps du pubis à égale distance de l'articulation et du trou ovalaire, d'un seul côté ou des deux à la fois (Catholica et Galbiati). Stoltz, de Strasbourg, a décrit un procédé pour exécuter cette *pubiotomie* et Farabœuf vient de montrer qu'elle peut procurer un certain élargissement des bassins obliques ovalaires de Nœgelé, bassins dans lesquels la synostose presque constante de la charnière sacro-iliaque du côté rétréci, rendait jusqu'ici la symphyséotomie ordinaire inutile.

Opération de Farabœuf.

« 1er *temps. Section de l'ischion.* La femme est en position obstétricale, au bord du lit, rasée, l'opérateur entre les cuisses relevées par des aides. Avec un doigt dans le vagin et le pouce dans le pli qui sépare la cuisse de la grande lèvre, on pince les lèvres et le bulbe vaginal, jusqu'à sentir l'os du bout des doigts. On fait alors sur l'os même une incision antéro-postérieure de 6 centimètres dont la partie moyenne est au droit de la fourchette.

Après avoir exposé la face extérieure de l'os en donnant un coup de bistouri dans le sens des fibres musculaires qui en partent, on dénude avec la rugine, dans l'étendue nécessaire, la face extérieure, les bords, la face postérieure et le pilier de l'arcade, qu'on contourne et qu'on charge de dedans en dehors en faisant apparaître le bout de l'instrument dans le trou sous-pubien.

Ayant passé l'aiguille et la scie à chaîne de dedans en dehors dans la voie faite derrière l'os, on en pratique la section, après avoir refoulé les parties molles le plus possible en arrière vers la tubérosité de l'ischion. Remontant ensuite avec le doigt et avec le bout d'une rugine droite le long du bord interne du trou ischio-pubien, on en détache la membrane obturatrice aussi haut que possible, mais sans insister pour le moment.

2e *temps. Section du pubis.* On trace sur le ventre une longue parallèle à 4 centimètres de la ligne médiane et sur cette ligne, qui se trouve

passer à un petit doigt en dehors de l'épine du pubis, on fait une incision de 5 centimètres, commencée à un grand doigt au-dessus de l'arcade crurale.

Bientôt apparaissent les fibres blanches de l'arcade et en-dessous, l'enveloppe aponévrotique du muscle pectiné, dont on détache l'arcade et le ligament de Gimbernat, pour les couper dans le sens de l'incision cutanée, c'est-à-dire perpendiculairement à leurs fibres. Il faut, en effet, diviser, et cela se fait en dehors de l'orifice inguinal externe, toutes les fibres que l'on voit et aussi celles des ligaments de Gimbernat et de Cooper que l'on trouve dans la profondeur avec la plus grande facilité, tout en respectant le contenu du canal inguinal. L'on fend alors hardîment sur l'os, le pectiné; et la surface pectinéale du pubis se montre à nu et se sent. Quelques coups de rugine sont à peine nécessaires pour permettre de passer la scie à chaîne derrière l'os de dessus en dessous. Il sera bon, avant de scier, de refouler en dehors les parties molles avec la rugine. car il faut diviser l'os loin de la ligne médiane, à 5 centimètres.

3e *temps. Achèvement de la séparation des os.* La double section osseuse accomplie, rien ne s'écarte encore. Il faut que, par la plaie supérieure, la rugine soit poussée de haut en bas le long du bord interne du trou pour achever la désinsertion de la membrane obturatrice; il faut que l'exploration de l'index gauche, à mesure que l'écartement se produit, signale les fibres fibreuses tendues qui persistent à résister, afin que la droite, à l'aide d'un instrument mousse et fort, une rugine, des ciseaux fermés, charge ces obstacles et les rompe en faisant une pesée appuyée sur les pubis. Le doigt explorateur peut d'ailleurs aider beaucoup; grâce à lui on peut forcer la bandelette d'insertion du releveur, si l'on la juge trop résistante.

Malgré les sections osseuses et ces libérations ligamenteuses, les os ne s'écartent pas encore, car la cuisse étant maintenue écartée, les adducteurs insérés au corps du pubis sont distendus et retiennent ce dernier rapproché des parties dont la scie vient de le séparer. Aussi faut-il que la cuisse soit tenue en demi flexion et en abduction très légère, juste suffisante pour permettre à l'accoucheur de manœuvrer librement. Il faut en outre que la jambe ne soit pas immobilisée, afin que la cuisse reste libre de tourner, c'est-à-dire de céder aux muscles

obturateurs, pour que ceux-ci puissent céder au pubis qui, en s'écartant, emporte une partie de leurs insertions. — Dès lors, du bout des doigts on arrive à luxer en avant la vulve pubienne mobile, au détriment de quelques fibres intra-pelviennes insignifiantes.

Un écartement transversal de plus de 3 centimètres entre les surfaces sciées pourrait être ainsi obtenu ; mais on ne doit pas dépasser 3 centimètres ; cela n'est pas nécessaire et pourrait avoir des inconvénients pour la symphyse sacro-iliaque restée mobile.

L'ischio-pubiotomie a été pratiquée avec succès par M. Pinard dans un bassin oblique ovalaire : la plaie s'est réunie par première intention et le bassin s'est consolidé sans difformité (1).

***

SYMPHYSÉOTOMIE, *primipare ; bassin de 9 centimètres ; essais de forceps ; symphyséotomie ; enfant énorme, mort-né ; mère guérie.* (Observation communiquée par M. le dr Paul Laloyaux, de Thuillies.)

Le 24 août 1893, je suis appelé, à 1 heure de la nuit, auprès de l'épouse B..., primipare, à terme et en travail depuis 15 heures. Une poche en boyau faisait hernie à la vulve vers minuit ; la garde l'a déchirée et les eaux se sont écoulées.

Col très élevé, dilaté ; crâne volumineux, au-dessus du détroit supérieur, en position O. C. G.

A 2 1/2 heures, la tête n'ayant fait absolument aucun progrès, malgré des douleurs très énergiques, se suivant de 5 en 5 minutes, je me décide à la saisir par le forceps. L'application de l'instrument à une main, quoique rendue difficile par l'étroitesse des parties molles et du bassin, se fait correctement. Tractions modérées d'abord, puis très énergiques, sur l'instrument et sur un lacs attaché à l'entablure, de manière à mieux agir dans l'axe du détroit. Rien ne bouge, la voie est évidemment trop étroite et il faut l'élargir pour sauver l'enfant dont le cœur commence déjà à faiblir.

A 6 heures du matin mon confrère J. Dardenne, de Clermont, que j'ai fait appeler, arrive à mon secours — et nous nous décidons à pratiquer la symphyséotomie sans plus perdre de temps.

(1) *Bulletin de l'Acad. de Méd. de Paris.* Séance du 10 janv. 1893.

La femme est chloroformisée, rasée, désinfectée, sondée. Je pratique sur la ligne médiane une incision de 75 millimètres (la symphyse mesurait 73 millimètres de hauteur); je passe l'indicateur gauche derrière les pubis et je divise le cartilage interpubien de haut en bas et d'avant en arrière. Le cartilage sous-pubien est divisé de bas en haut au moyen d'un petit ténotome ordinaire.

Cependant l'écartement des pubis ne se produit qu'au moment où M. Dardenne tire sur le forceps, pendant que, de mon côté, j'écarte les cuisses en abduction. Un craquement se fait entendre, et la tête est au fond de l'excavation. Pour la dégager de la vulve, fort étroite, nous sommes obligés de pratiquer deux incisions libératrices latérales.

L'écartement des pubis a été très exactement de 6 1/2 centimètres.

Enfant mâle, pesant 4,400 grammes, dont le cœur bat encore, mais que nous ne parvenons à faire respirer ni par les procédés d'insufflation ni par celui de Laborde.

Entretemps la femme saigne abondamment et le dr Dardenne opère la délivrance, pendant que je prépare le pansement.

Irrigations de la matrice, du vagin, de la plaie, au sublimé; la plaie est suturée et recouverte de gaze iodoformée. Quelques tours de bande autour des hanches et des genoux, et la femme est remise au lit.

Suites. Pendant quelques jours nous pratiquons deux irrigations vaginales antiseptiques. Au 5e jour, la plaie pubienne est réunie *per primam*, et nous enlevons les fils.

La température n'a pas dépassé 38° C. — Couches normales.

Au 15e jour la femme peut écarter les jambes; au 18e, elle peut passer quelques heures dans un fauteuil; après 4 semaines elle commence à marcher et la marche est bientôt normale, sans gêne ni douleur, comme auparavant.

Bassin. Le bassin de cette femme est un très mauvais bassin, plus près du type masculin que du féminin avec ses os épais, son sacrum presque droit et sa haute symphyse pubienne de 73 millimètres. Son diamètre sacro-pubien, mesuré au doigt et au pelvimètre, est de 9 centimètres.

Enfant. Le crâne de l'enfant présente des dimensions extraordinaires :

Diamètre :	bitemporal	9 1/2 centimètres	au lieu de	7
»	bi-pariétal	13 »	»	9 1/2
»	occipito-frontal	16 »	»	11
»	occipito-mentonnier	17 1/2 »	»	13 1/2

De plus il était si complétement ossifié que, malgré les fortes pressions subies, dans aucune suture il ne s'est produit de chevauchement.

Dans le prochain n° nous donnerons l'histoire de la femme que nous avons opérée. — Cette histoire se résume ainsi : Primipare à terme; bassin de 65 millim.; présentation de la face, prolapsus du cordon, tronc de l'enfant renversé en arrière; symphyséotomie; le forceps dérape; la version réussit. Enfant vivant, femme guérie.

Dr EUGÈNE HUBERT.

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE.

(Suite.)

Traitement local de la forme aiguë.

II. Lavages ou irrigations de l'urèthre.

Le progrès le plus remarquable que la thérapeutique de la blennorrhagie ait réalisé dans ces derniers temps a été la substitution, qui se généralise de plus en plus, des grands lavages de l'urèthre aux injections vulgaires, pratiquées avec la petite seringue uréthrale.

Je l'ai dit déjà, mais il est bon de le redire, on atteint beaucoup plus sûrement par les lavages que par les injections tous les replis de la muqueuse uréthrale malade; puis et surtout, les uréthrites postérieures, qui sont notablement plus fréquentes qu'on ne le supposait jadis, échappent totalement à l'action des injections banales, tandis que les lavages peuvent être portés indifféremment sur l'urèthre antérieur et sur l'urèthre postérieur.

Les lavages de l'urèthre se pratiquent à l'aide de la sonde ou sans sonde : de là deux procédés; dans l'un et l'autre cas, la manière de faire varie, selon qu'on veut laver l'urèthre antérieur ou l'urèthre postérieur.

1° *Lavage de l'urèthre à l'aide de la sonde.* On se sert d'une sonde en métal, en gomme élastique ou en caoutchouc, peu importe.

On a inventé des instruments spéciaux, tels que des sondes à double courant, qu'il faut rejeter; pour l'urèthre postérieur, le cathéter métallique court d'Ultzmann est fréquemment employé; on prendra de préférence une sonde, ni trop rigide, ni trop molle, en gomme élastique par exemple; seulement, elle ne sera pas percée comme une sonde ordinaire, latéralement; une ouverture unique, terminale, est ce qu'il y a de mieux pour assurer un écoulement régulier du liquide.

On ne graissera pas la sonde avant de l'introduire, afin que le corps gras ne s'oppose pas à l'action intime du liquide sur la muqueuse; au besoin, on aura recours à la glycérine, qui est miscible à l'eau, pour enduire la sonde.

Pour laver l'urèthre antérieur, on introduit la sonde ou une petite canule droite à la profondeur de 15 centimètres en moyenne dans le canal, c'est-à-dire jusqu'au cul-de-sac du bulbe, un endroit qu'on reconnaît facilement, parce qu'il précède immédiatement le point du canal où l'instrument éprouve de la difficulté à progresser à cause de la présence du sphyncter de la région membraneuse; il importe peu du reste que l'extrémité de la sonde soit juste à ce niveau ou un peu en arrière; la sonde sera assez mince, afin de laisser de l'espace entre elle et le canal pour l'écoulement du liquide.

L'instrument mis en place et maintenu par le patient, le médecin adapte à son extrémité libre, soit le bec d'une forte seringue, soit mieux le tube d'un irrigateur — l'irrigateur donne mieux que la seringue une pression uniforme et exactement dosée — et il fait passer dans l'urèthre une quantité plus ou moins considérable, de 100 à 1000 grammes, d'un liquide approprié ; le liquide revient entre la sonde et le canal par le méat, lavant largement, d'arrière en avant, l'urèthre antérieur dans toute son étendue.

Pour laver l'urèthre postérieur, la sonde est d'abord poussée jusque dans la vessie, ce dont on s'aperçoit à l'écoulement de l'urine, puis on la retire de quelques centimètres en arrière (3 centimètres en moyenne), de manière que son bec se trouve dans la portion membraneuse du canal, et on fait passer la solution médicamenteuse comme plus haut ; le cathéter d'Ultzmann, d'une longueur totale de 12 à 15 centimètres, présentant une courte courbure, est tel que, lorsqu'il

est introduit complètement, son bec dépasse à peine la région membraneuse.

Dans tous les cas le liquide, au sortir de la sonde, balaie l'urèthre postérieur et pénètre dans la vessie où il s'accumule, sans revenir par le méat comme précédemment, le sphyncter de la région membraneuse serré autour de la sonde s'opposant au reflux du liquide en arrière.

Il est impossible en effet — et il est bon de le faire remarquer — de laver l'urèthre postérieur sans laver en même temps la vessie ; ce n'est pas un mal, du reste, la vessie étant elle-même souvent infectée.

A mesure donc que le liquide s'écoule, la vessie se distend, et bientôt le sujet éprouve l'envie d'uriner ; on suspend alors l'injection et on repousse la sonde jusque dans la vessie pour la vider, puis on la retire de nouveau un peu en arrière pour recommencer l'injection, et ainsi de suite jusqu'à la fin du lavage.

Celui-ci terminé, on retire la sonde, en laissant la dernière portion de liquide injectée dans la vessie et on engage le malade à l'expulser par la miction ; de cette façon, la vessie fait à son tour l'office de la seringue ou de l'irrigateur pour laver l'urèthre dans toute son étendue, d'arrière en avant, avec la solution modificatrice.

Pendant que le malade urine ainsi le liquide emmagasiné dans la vessie, le d^r Janet conseille de comprimer et de relâcher alternativement les lèvres du méat, pour que le liquide gonfle l'urèthre et pénètre dans tous ses replis ; cette manœuvre est désagréable pour le patient, mais elle est très efficace.

Un procédé du même genre, plus simple et plus expéditif, pour laver l'urèthre, préconisé par Philippson, consiste à injecter tout bonnement la solution médicamenteuse dans la vessie à l'aide d'une sonde, puis, après avoir retiré celle-ci, à inviter le patient à vider sa vessie par la miction naturelle.

2° *Lavage de l'urèthre sans sonde.* On utilise simplement la pression atmosphérique par l'intermédiaire d'un syphon ou d'un irrigateur suspendu à une certaine hauteur ; ainsi que je l'ai dit déjà, on adapte à l'extrémité du tube en caoutchouc de l'irrigateur une petite canule en verre à bout conique, laquelle, poussée à la profondeur de quelques millimètres seulement dans le canal, l'obture complètement, de manière à empêcher le reflux du liquide par le méat.

Pour laver l'urèthre antérieur, il suffit de suspendre l'irrigateur à la hauteur de 50 centimètres au-dessus du méat du malade ; il est exceptionnel en effet qu'avec cette pression on puisse pénétrer dans l'urèthre postérieur.

La canule introduite dans le méat et le robinet ouvert, l'urèthre antérieur se remplit en un instant complètement du liquide ; pour lui permettre de se vider, on désobstrue le méat en retirant la canule de quelques millimètres, tout en pinçant le tube de caoutchouc afin d'arrêter l'écoulement ; l'urèthre vidé, on réintroduit la canule et ainsi de suite : on répète la même manœuvre rapide — car elle ne demande qu'un instant — de va-et-vient de la canule, jusqu'à ce que le liquide soit épuisé.

Le d^r Janet conseille d'exercer de temps en temps, pendant que l'urèthre se vide, une pression avec la main au niveau de la région bulbaire, où le liquide a une tendance à ne se renouveler qu'incomplètement.

Pour laver l'urèthre postérieur, on suspend l'irrigateur à une hauteur de 1 mètre à 1 mètre 50, et on introduit simplement comme tantôt le bout de la canule dans le méat pour l'obturer ; la pression de 1 mètre est généralement suffisante pour faire franchir au liquide de lavage la résistance qu'oppose le sphyncter membraneux ; au besoin, on augmente la pression.

A cet égard, les différences individuelles sont en effet très marquées ; il y en a chez lesquels on pénètre d'emblée et dès la première fois dans la vessie, d'autres — surtout les sujets nerveux ou pusillanimes — chez lesquels on ne pénètre qu'à une seconde ou une troisième séance ou même en usant de certains artifices.

Ainsi, il est bon, pour faciliter la pénétration du liquide, de faire exécuter au malade quelques mouvements analogues à ceux qui se produisent pendant la miction, surtout pour le coup de piston, de lui conseiller de respirer largement, d'oublier un instant son urèthre.

Dans les cas rebelles, un moyen héroïque consiste à injecter avant le lavage une solution de cocaïne dans l'urèthre ; le d^r Janet injecte à l'aide d'une petite seringue 10 centimètres cubes d'une solution de cocaïne à 1 p. 400 en recommandant au malade de pousser comme pour uriner ; les quelques centimètres qui excèdent la capacité de

l'urèthre antérieur, pénètrent ainsi dans l'urèthre postérieur et l'anesthésient. Le malade retient quelques instants la solution dans l'urèthre; dès que la sensibilité du canal est émoussée, la contracture réflexe du sphyncter membraneux disparaît; pour ma part, je n'ai dû recourir que très rarement à ce moyen.

Pour ceux qui sont faits à l'idée que l'introduction d'une sonde dans la vessie est un préliminaire indispensable au lavage de cet organe, il est merveilleux de voir avec quelle facilité en général la colonne liquide, sous une pression peu considérable en somme, insuffisante assurément pour provoquer des lésions du canal, parcourt toute l'étendue de l'urèthre et va s'accumuler dans la vessie.

Au bout d'un certain temps, le sujet éprouve le besoin d'uriner et on retire la canule; il vide alors sa vessie par la miction, de sorte que la même portion de liquide balaie deux fois le canal dans toute son étendue, d'avant en arrière à l'aller et d'arrière en avant au retour.

La manœuvre de compression et de relâchement alternatifs du méat, destinée à assurer la tension du liquide à la sortie, est utilisée comme précédemment; le patient peut s'en charger lui-même.

En règle générale, il faut commencer par faire passer une certaine portion de liquide dans l'urèthre antérieur avec la faible pression avant de laver l'urèthre postérieur.

Le lavage est fait la vessie vide, immédiatement après que le malade a uriné.

Le contenu d'un irrigateur d'un litre est épuisé ainsi, pour une moitié dans l'urèthre antérieur seul, pour l'autre moitié dans les deux urèthres et la vessie; au bout de 1 ou 2 réplétions de la vessie, l'opération est terminée.

J'envisage le lavage de l'urèthre sans sonde, d'invention assez récente, comme une des plus précieuses acquisitions de la thérapeutique des uréthrites; il est notablement supérieur au lavage à l'aide de la sonde et doit lui être préféré sans hésitation dans tous les cas; il a surtout l'avantage de ne pas nécessiter l'introduction d'un instrument dans l'urèthre, et, dans la blennorrhagie aiguë en particulier, le passage d'un instrument ne serait généralement pas supporté par le malade et pourrait être nuisible.

Le manuel opératoire du lavage sans sonde est en outre moins

compliqué, puisqu'il nécessite pour tout appareil spécial une simple canule de verre, et la manœuvre est plus simple et plus expéditive; ce n'est pas tout : dans le lavage sans sonde, le courant traverse le canal librement et le distend uniformément, effaçant les plis de la muqueuse et pénétrant dans les cryptes glandulaires, tandis que, avec le lavage à la sonde, la présence d'un instrument dans le canal gêne plus ou moins la circulation du liquide et contrarie son contact intime avec la muqueuse.

Il n'y a que dans les cas où il faut laver l'urèthre postérieur exclusivement que la sonde est indispensable; d'après ce que j'ai dit, il est facile de comprendre en effet que le lavage sans la sonde ne permet d'agir que sur l'urèthre antérieur seul ou bien à la fois sur les deux urèthres ; mais ces cas ne se rencontrent guère dans la pratique, au moins en ce qui concerne l'infection blennorrhagique, l'urèthre antérieur n'étant jamais indemne lorsque l'urèthre postérieur est infecté.

Le sonde est encore indispensable dans les cas exceptionnels — je n'en ai pas encore rencontré d'exemple — où malgré la forte pression du liquide, le sphyncter membraneux ne se laisse pas franchir.

Avant d'en venir au traitement de la blennorrhagie par les lavages, il se pose naturellement une question d'une grande importance que je vais chercher à résoudre : *Faut-il dans la blennorrhagie aiguë se borner à laver l'urèthre antérieur ou bien faut-il laver à la fois les deux urèthres?*

Il est facile de répondre : cela dépend des cas ; il y a des blennorrhagies qui restent localisées à l'urèthre antérieur et d'autres qui envahissent l'urèthre postérieur.

J'ai indiqué précédemment du reste les moyens de faire cette distinction, mais, il faut bien le dire, ces moyens, tels que le procédé des deux verres, sont infidèles et ne sont pas à la portée de tout le monde.

C'est ce qui explique le désaccord si considérable qui existe entre les cliniciens relativement à la fréquence relative de l'uréthrite postérieure (20 p. c. selon les uns, 80 à 90 p. c. selon les autres).

Il va de soi au surplus que la fréquence de l'uréthrite postérieure augmente avec l'ancienneté de l'affection. Donnons quelques chiffres à cet égard.

Sur 50 malades atteints de gonorrhée, examinés par le dr Keisler, l'envahissement de l'urèthre postérieur eut lieu dans 20 p. c. des cas dans le courant de la première semaine, dans 34 p. c. dans le courant de la seconde semaine, dans 14 p. c. dans le courant de la troisième semaine, dans 20 p. c. dans le courant de la quatrième semaine, dans 4 p. c. dans le courant des sixième et septième semaines, dans 2 p. c. dans le courant des deuxième et troisième mois.

D'après le dr Rona, l'envahissement de l'urèthre postérieur a pu être constaté chez la plupart des malades dès la première et la seconde semaine de la maladie, sans qu'on pût incriminer un transport mécanique du pus dans les parties profondes de l'urèthre.

D'après sa statistique, l'infection blennorrhagique est totale

La 1re semaine dans			82,9 p. c. des cas.	
La 2me	»	»	86,7	»
La 3me	»	»	96,6	»
La 4me	»	»	97,9	»

Ainsi. à la fin de la quatrième semaine, l'urèthre postérieur ne reste épargné que trois fois sur cent!

D'après la statistique du dr Janet, l'infection est totale dans les premières 24 heures. 26,6 p. c., c'est-à-dire dans un quart des cas, et dans les 4 premiers jours, 40 fois p. c., c'est-à-dire dans presque la moitié des cas.

L'uréthrite postérieure, autrefois considérée comme l'exception, serait donc la règle, et du même coup l'utilité des injections pour combattre la blennorrhagie deviendrait tout à fait problématique.

En supposant que ces estimations ne sont qu'approximatives, on n'est pas moins forcé d'admettre que la blennorrhagie envahit l'urèthre postérieur de très bonne heure et avec une fréquence excessive. Dans ces conditions, et, vu les difficultés du diagnostic dans bon nombre de cas, il y a lieu de se demander s'il ne vaut pas mieux considérer l'urèthre postérieur comme infecté constamment dans la blennorrhagie aiguë; effectivement, il n'y a pas grand mal à laver l'urèthre postérieur, lors même qu'il est indemne, tandis que la médication est vouée à un échec certain, lorsque les lavages, en cas d'infection des deux urèthres, se bornent à l'urèthre antérieur.

C'est la ligne de conduite que j'ai adoptée dès le principe; elle pré-

sente bien quelques inconvénients; en effet, le lavage de l'urèthre antérieur est absolument indolore et n'incommode en rien le malade, tandis que le lavage de l'urèthre postérieur occasionne toujours une certaine douleur et provoque des mictions fréquentes et pénibles pendant une heure ou deux; il vaudrait donc mieux épargner au malade le lavage de l'urèthre postérieur, quand il n'est pas nécessaire, mais, je le répète, la recherche de l'uréthrite postérieure est assez délicate; si l'on veut s'en dispenser, on lavera toujours les deux urèthres, ou bien, si l'infection est très récente, on se hasardera à ne laver que l'urèthre antérieur.

—

Relativement à la composition des liquides de lavage, on se sert en général des mêmes solutions que celles que j'ai indiquées à propos des injections.

Je ne m'étendrai pas sur les lavages au *sublimé*, auxquels on peut reprocher comme aux injections de n'avoir le plus souvent qu'un effet palliatif. « Dans bien des cas que nous avons eu l'occasion d'observer, écrit le dr Janet, même après des lavages répétés toutes les 5 heures à 1 p. 5000, nous avons vu les gonocoques repulluler avec énergie entre chaque lavage et remporter finalement la victoire. Nous avons vu des traitements abortifs essayés à la dose formidable de 1 p. 700 de sublimé échouer misérablement. »

Il attribue ces insuccès à ce fait que le sublimé n'atteint pas tous les gonocoques et qu'il détermine une réaction suppurative favorable aux microbes épargnés.

Il y a quelques cliniciens, ainsi les drs Brewer et Goldenberg, qui prétendent avoir eu à se louer des irrigations à la solution de bichlorure de mercure — de 1 p. 60000 à 1 p. 10000 suivant la sensibilité de l'urèthre du malade — jusqu'à deux ou trois irrigations de 1 à plusieurs litres toutes les 24 heures ; la médication serait bien supportée et la guérison assurée dans la plupart des cas au bout de 10 à 15 jours ; ces résultats auraient besoin d'être contrôlés, et, en somme, l'opinion générale est défavorable à l'emploi du sublimé dans la blennorrhagie ; le dr Janet le considère comme nuisible, sauf dans les infections secondaires de la blennorrhagie, après la disparition du gonocoque, où il est spécialement efficace.

Ce sont les lavages au *permanganate de potasse* qui sont actuellement en faveur sous l'impulsion du prof. Reverdin et surtout du dr Janet, qui a créé, comme j'ai déjà eu occasion de le dire, une méthode nouvelle de traitement de la blennorrhagie basée sur l'examen bactériologique des sécrétions.

La manière de procéder dans la forme aiguë ne diffère pas sensiblement de celle qui constitue le traitement dit abortif : les lavages sont seulement moins fréquents, parce que, comme l'a expérimenté le dr Janet, les lavages doivent se suivre d'autant plus près, et être au total d'autant plus nombreux que l'infection par le gonocoque est plus récente.

En définitive, le traitement abortif est celui qu'on institue dès le début du mal, avant l'apparition des symptômes inflammatoires, tandis que le traitement de la forme aiguë est celui qu'on institue après la disparition des symptômes inflammatoires.

Ainsi, quand la période que le dr Janet appelle phlegmoneuse est déjà constituée au moment où le malade se présente : douleurs vives, érections nocturnes, gonflement et sensibilité de l'urèthre, on laisse passer quelques jours avant d'en venir aux irrigations; sinon, l'irritation mécanique et chimique du lavage s'ajoutant à l'irritation inflammatoire de la muqueuse uréthrale pourrait, au bout de fort peu de temps, amener quelques complications fâcheuses, telles qu'un œdème considérable du méat ou des hémorrhagies uréthrales ; on serait ainsi amené à cesser brusquement les irrigations et on perdrait alors le bénéfice déjà obtenu. Pendant ces huit à dix jours d'attente, on fait de l'expectation pure et simple, ou le traitement dit antiphlogistique; le dr Janet administre parfois à ce moment le santal.

Mais, dès que cette période suraiguë — la seule où les lavages au permanganate sont contreindiqués — est passée, on en vient aux lavages ; les complications, comme la cystite, l'orchite, ne sont elles-mêmes des contreindications que dans leur période très aiguë. Naturellement, la solution employée sera d'autant plus faible que l'uréthrite est plus aiguë : la dose de 1 p. 4000 est utilisée au début et on arrive rapidement à la dose de 1 p. 2000, de 1 p. 1000, voire même de 1 p. 500 à mesure que l'état local s'améliore. Il n'est pas nécessaire en général de répéter les lavages plus d'une fois par 24 heures, quand il s'agit de la période aiguë et subaiguë de la blennorrhagie.

Ce n'est qu'avec certains tâtonnements qu'on arrive à règler les doses et le nombre des lavages, de manière à conserver à la méthode toute son efficacité sans provoquer une irritation de l'urèthre trop considérable.

Ainsi, le gonocoque disparaît en général dès le premier lavage dans les sécrétions abondantes provoquées par le permanganate et il ne reparaît plus, si le traitement est bien conduit, mais, si les lavages sont trop espacés, l'écoulement ne tarde pas à redevenir purulent et à cultiver de nouveau le gonocoque; si l'on est trop hardi au contraire, il survient de l'intolérance du côté de l'urèthre ; le juste milieu s'acquiert par l'habitude, et dans certains cas, on est conduit à augmenter ou à diminuer la dose suivant la tolérance du sujet.

Pour savoir quand il faut cesser les lavages, on n'a aucun guide, puisque les gonocoques ont disparu totalement de l'écoulement dès le début ; c'est donc l'expérience qui sous ce rapport a fixé la durée moyenne du traitement; j'ai dit que le traitement abortif comprenait une douzaine de lavages, répartis en 8 à 9 jours de traitement, soit un lavage en moyenne toutes les seize heures; pour la forme aiguë, atteignant les deux urèthres, voici la manière habituelle de procéder du dr Janet; mais, je l'ai dit déjà, il n'y a pas à cet égard de règle absolument uniforme : on se guidera d'après les circonstances.

1er jour	solution à	1 p. 4000, successivement dans les deux urèthres.			
2e »	»	1 p. 3000,	»	»	»
3e »	»	1 p. 2000,	»	»	»
4e »	»	1 p. 2000,	»	»	»
5e »	»	1 p. 1000, dans l'ur. ant., 1 p. 2000 dans l'ur. post.			
6e »	»	1 p. 1000, dans les deux urèthres.			
7e »	»	1 p. 1000,	»	»	
8e »	»	1 p. 500 dans l'ur. ant., 1 p. 1000 dans l'ur. post.			

Il y a donc huit lavages consécutifs espacés de 24 heures; au bout de ce temps on met le malade en observation, c'est-à-dire qu'on examine fréquemment les sécrétions de son urèthre ; si les gonocoques reparaissent, ou si, en l'absence d'examen bactériologique, on juge à l'aspect des sécrétions que la blennorrhagie n'est pas finie, on reprend immédiatement une nouvelle série de lavages ; cette seconde série

peut être plus courte que la précédente : 4 à 5 lavages suffisent d'habitude; si les gonocoques résistaient encore une seconde fois, ce qui est tout à fait exceptionnel dans la forme aiguë, on pourrait rapprocher davantage les lavages, les répéter par exemple toutes les douze heures.

Lorsque le malade, après deux ou trois jours de suspension des irrigations, ne présente plus de gonocoques dans sa goutte ou dans ses filaments, on peut considérer la phase infectieuse de la blennorrhagie comme terminée ; mais, si l'on veut en être absolument sûr, on aura recours à la réaction par le nitrate d'argent, dont j'ai déjà parlé, avant d'abandonner le malade.

A cet effet, on fait dans l'urèthre antérieur exclusivement, — car il est inutile de déterminer une recrudescence dans l'urèthre postérieur — une injection ou un lavage avec une solution de nitrate d'argent au millième; s'il reste quelques gonocoques dans l'urèthre, ils repullulent le lendemain ou le surlendemain ; dans ce cas, on revient au permanganate et ainsi de suite jusqu'à ce que l'épreuve demeure négative.

Le dr Janet a quelquefois utilisé aussi la bière comme moyen de réaction ; il réussit, dit-il, admirablement bien : quelques verres de bière pris le soir déterminent une repullulation caractéristique du gonocoque le lendemain matin, quand les lavages au permanganate n'ont pas atteint leur but. Il espace les deux réactions, par le nitrate d'argent et par la bière, de huit jours, et poursuit ainsi la période de vérification pendant trois semaines à peu près, ce qui donne toute garantie au point de vue de la guérison définitive.

Dans tous les cas, les lavages au permanganate donnent dans la blennorrhagie aiguë des résultats brillants, tels que jamais on n'aurait pu en espérer; pour peu qu'on soit familiarisé avec la méthode, on partage bientôt l'opinion du dr Janet qu'aucune blennorrhagie, prise au début, ne peut guère y résister.

Comme je l'ai dit déjà, celui-ci attribue la supériorité du permanganate au fait qu'il provoque jusque dans l'épaisseur de la muqueuse une réaction séreuse nuisible au gonocoque, tandis que les autres remèdes n'agissent qu'à la superficie.

Sa première statistique de traitement des uréthrites aiguës, subaiguës ou chroniques à gonocoques comprenait sur 40 cas 37 succès et

3 insuccès; le traitement actif ayant duré de 4 à 13 jours exceptionnellement 15 et 17 jours, dans l'immense majorité des cas, huit à neuf jours.

Bien plus, les trois insuccès ont été faciles à expliquer : dans un cas, il existait une infection de la vésicule qui échappait aux lavages et réinfectait indéfiniment l'urèthre ; dans un autre, il s'agissait d'un hypospade à méat très irrégulier et difficile à désinfecter; enfin, dans le troisième cas, le malade étant pressé, on voulut activer le traitement et il survint une épididymite qui força à interrompre le traitement et le malade dut quitter Paris non guéri.

Une seconde statistique, relative au traitement de la forme aiguë, comprenant 9 uréthrites antérieures et 6 uréthrites totales, a donné deux insuccès rendus excusables, trois succès retardés (deux séries de lavages) et dix succès rapides en 6 à 10 jours ; d'après ce que m'écrit de Paris le dr Penninckx, ancien assistant de la clinique chirurgicale de Louvain, les succès de la méthode ne font que se confirmer chaque pour davantage entre les mains de l'inventeur.

Je rappellerai que le dr Janet attache de l'importance à la propreté du linge et du sac balano-préputial, pendant le cours du traitement, afin d'éviter la réinoculation du canal par le gonocoque ; il examine aussi toujours la conformation du canal qui, au méat en particulier, présente quelquefois des diverticules qui échappent, si on n'y prend garde, à l'action du remède et font échouer le traitement.

Il est bon de faire remarquer également que *le traitement, une fois commencé, ne peut être interrompu*, afin de ne pas donner au gonocoque le temps de repulluler; dans le cas où, pour une raison ou l'autre, le traitement devrait être suspendu absolument pour un jour, on pourrait faire pratiquer par le malade, comme le dr Janet croit pouvoir l'autoriser jusqu'à nouvel ordre, de simples injections avec le permanganate à 1 p. 2000 ou 1 p. 1000.

Pour terminer, je dirai que j'ai expérimenté la méthode du dr Janet dans un nombre de cas suffisant déjà pour me permettre de la considérer comme héroïque ou à peu près.

Mais il importe que la technique des lavages soit correctement observée; aussi, les praticiens débutant dans l'emploi de la méthode doivent s'attendre à avoir quelques insuccès; c'est ainsi que le dr Dind

exprime dans le *Therap. Monatshefte* (févr. 1892) une opinion défavorable au permanganate dont il n'y a pas lieu de tenir compte, puisque l'auteur s'est borné aux lavages de l'urèthre antérieur.

Les lavages au *nitrate d'argent*, qui sont particulièrement en usage en Allemagne, peuvent-ils rivaliser en efficacité avec les lavages au permanganate? Je ne le pense pas, et les résultats que procure le permanganate sont tellement favorables qu'il est impossible d'en espérer de meilleurs d'aucune autre substance; le dr Janet considère le nitrate d'argent comme nuisible dans la blennorrhagie à gonocoques, au même titre que le sublimé.

Au reste, les lavages au nitrate d'argent sont bien supportés : on les fait avec la solution à 1 p. 2000 à 1 p. 1000 progressivement, exceptionnellement avec la solution à 1 p. 500.

Le dr Lavaux se sert d'une solution sensiblement plus forte, à 1 p. 200 et même à 1 p. 100, mais il a soin de ne pas laisser la solution en contact prolongé avec la muqueuse, en faisant suivre le lavage au nitrate d'un lavage à la solution boriquée; en outre, il limite généralement le lavage à l'urèthre antérieur; de cette façon, la réaction locale est légère, et la douleur très supportable; ce traitement, appliqué tout au début, échouerait d'après lui très rarement, et pourrait être appliqué sans danger à toutes les périodes de la blennorrhagie aiguë.

Les solutions faibles seront cependant préférées; je recours volontiers à un ou deux lavages des deux urèthres à la solution à 1 p. 2000, lorsque quelques jours après la série des lavages au permanganate, il persiste un écoulement muqueux ou catarrhal.

C'est alors aussi que les lavages avec une solution astringente de sulfate de zinc (2 à 5 p. 1000), et mieux encore de sulfate de cuivre (1 à 5 p. 100) pourront être utiles; à vrai dire cependant, la période d'écoulement consécutive à la disparition des gonocoques est insignifiante, souvent inappréciable en cas de blennorrhagie récente, si bien que le traitement est terminé en général après la série des lavages au permanganate.

La blennorrhagie guérit ainsi aujourd'hui en autant de jours qu'il fallait jadis de semaines aux injections... quand elles guérissaient.

N'était qu'elles nécessitent l'intervention journalière du praticien, d'où certaines difficultés d'application, et qu'elles provoquent quel-

quefois des phénomènes d'intolérance, les irrigations au permanganate de potasse devraient donc être considérées comme le traitement classique de la blennorrhagie aiguë; grâce à elles, on éviterait, à coup sûr, peut-on dire, la blennorrhagie chronique, dont il me reste à parler, qui est plus difficile à guérir et qui entraîne si souvent des conséquences redoutables. Dr DANDOIS.

DE L'EMPLOI DE L'EAU CHAUDE EN THÉRAPEUTIQUE.

L'hydrothérapie est tellement à la mode qu'on ne songe pas, en dehors de certaines stations thermales, à se servir de l'eau chaude en thérapeutique.

On n'a guère retenu que l'efficacité très réelle des injections chaudes contre les hémorragies ; les applications de l'eau chaude sont cependant très nombreuses et très variées, comme l'établissait récemment le dr Reclus dans une leçon clinique et comme cherche à le démontrer le dr Blanc dans la *Revue de thérap. médico-chirurgic.*

Envisageant la question en général, le dr Blanc fait observer que dans les neuf dixièmes des cas, c'est par leur action vaso-motrice spécialisée que les médicaments internes agissent sur nous ; or, l'eau chaude est un vaso-moteur très énergique, avec action variée, puisqu'elle est différente selon la température à laquelle on l'emploie.

Il y a deux choses à considérer dans l'eau chaude : l'eau et la chaleur ; mais la question de la température est la plus importante en l'espèce, sans qu'on puisse faire abstraction du véhicule, l'eau. Tout d'abord, *il faut distinguer entre l'eau tiède et l'eau chaude :* la différence est capitale au point de vue physiologique, la première est vaso-dilatatrice, la seconde vaso-constrictrice ; le résultat est facile à observer, lorsqu'on plonge dans l'eau une plaie où siège une hémorrhagie : avec l'eau tiède le sang coule en nappe, avec l'eau très chaude, il s'arrête.

Il s'agit là d'une action sur les éléments musculaires des tuniques des vaisseaux.

Le dr Blanc s'occupe surtout des *effets de l'ingestion par les voies digestives d'eau chaude* en assez grande quantité, pour en déduire ses *applications médicales.*

Il survient une stimulation très marquée de tout l'appareil circulatoire, une élévation du pouls et de l'activité respiratoire, suivie promptement d'une abondante sécrétion sudorale et d'excrétion uri-

naire. Il y a là une crise rapide, souvent des plus bienfaisantes : l'ancienne médecine qui a tant usé des tisanes, n'avait pas si tort qu'on pourrait le croire, ou tout au moins son tort se bornait à se fier à la vertu des ingrédients : le véritable agent curateur était le véhicule.

Sous son influence, l'excrétion urinaire s'élève avec rapidité, et, si l'on veut être sincère, on reconnaîtra qu'il n'existe pas de meilleur et de plus rapide diurétique que l'eau chaude, la digitale y compris : l'eau seule est déjà diurétique, mais il y a une différence d'effets qui peut aller du simple au double entre l'action de l'eau ingérée à la température ordinaire ou prise très chaude ; en outre cette action s'exerce avec une extrême rapidité.

Poursuivant, le dr Blanc signale un second effet de l'eau chaude, l'action stimulante sur les tuniques musculaires. L'eau chaude, au cours de son action générale sur l'organisme, provoque la contraction des fibres lisses, en particulier celle des fibres de la tunique vésicale : il n'y a pas seulement polyurie, mais pollakiurie, et les deux effets s'ajoutent ici d'une manière frappante.

Cette action d'origine centrale se montre également dans les bains chauds, grands diurétiques aussi, et puissants stimulants de la contraction vésicale.

On la retrouve encore dans les effets de l'eau chaude sur les tuniques digestives : à température élevée, l'eau chaude provoque énergiquement les contractions de l'estomac, résultat avantageux de l'infusion de café prise à la fin du repas, mais que toute autre infusion réaliserait sûrement aussi bien. A la fin d'un repas copieux, l'infusion chaude réveille la contractilité de l'outre digestive tant soit peu surmenée et préserve de bien des indigestions, alors que la glace provoque celles-ci presque à coup sûr ; c'est là un fait d'expérience que chacun a pu observer.

Il y a donc dans l'action de l'eau chaude prise par la voie stomacale deux choses à considérer : l'action stimulante directe sur la tunique de l'estomac et l'effet général de stimulation nerveuse et circulatoire qui suit rapidement l'absorption du liquide chaud. A la première revient l'énergie des contractions de l'organe et sa rapidité plus grande à vider son contenu ; la seconde paraît être sous la dépendance de l'excitation du plexus solaire sous l'influence directe de la chaleur portée à son voisinage ; à elle reviennent l'accélération du pouls et l'augmentation d'amplitude des mouvements respiratoires, l'accroissement de la diurèse et de la diaphorèse, de la sécrétion bronchique, de la sécrétion biliaire, etc., la stimulation de l'appareil musculaire lisse en général.

Ce sont là des effets des plus heureux et dont l'application en thérapeutique trouve chaque jour des occasions.

Sans doute, comme le fait remarquer l'auteur, le même résultat peut être obtenu par des agents médicamenteux, tels que la caféine, la digitaline, la morphine, mais ce sont des agents délicats à manier et qui ne sont pas exempts de phénomènes désagréables ou nuisibles; en outre, s'ils présentent sur l'eau chaude l'avantage incontestable d'une plus longue durée dans leur action, aucun d'eux ne donne cet ensemble de phénomènes de stimulation généralisée que donne l'eau chaude.

En résumé, l'eau chaude est un médicament puissant, beaucoup trop négligé, ayant pour lui des avantages multiples, innocuité, simplicité, facilité de se la procurer rapidement et partout, promptitude d'action.

Le dr Blanc insiste encore sur les grands lavages généraux destinés à balayer les produits septiques ou nuisibles contenus dans les voies digestives ou dans l'organisme; il considère cette méthode comme une excellente pratique dans tous les cas où la nutrition générale est atteinte : arthritisme, diabète, etc.; il est d'ailleurs facile de rendre la méthode acceptable en adjoignant à l'eau chaude une plante aromatique quelconque : menthe, tilleul ou autre.

On a préconisé de même contre les intoxications digestives les grands lavages du tube digestif avec de grandes quantités d'eau chaude prise, soit par la bouche, soit par le rectum.

Les *applications chirurgicales* de l'eau chaude sont très nombreuses, et le dr Reclus s'est contenté de signaler les principales.

Nous ne parlerons pas de l'action antiseptique de l'eau chaude employée pour laver les mains du chirurgien ou les plaies; cette action, à la température usitée, est discutable; il s'agit surtout ici d'une action mécanique, qui à la vérité est beaucoup plus efficace avec l'eau chaude qu'avec l'eau froide; on ne peut dire avec le dr Reclus que l'eau, à la température de 40° à 50°, détruise les microbes pathogènes.

Parmi les indications utiles de l'eau chaude, il faut citer tout d'abord le traitement des *plaies ulcéreuses;* aucun topique n'a des effets aussi marqués.

Quand on a affaire à des bourgeons charnus, gros, irréguliers, blafards, des injections à 55°, pratiquées deux fois par jour, pendant dix minutes ou un quart d'heure agissent bientôt de façon à produire une rapide cicatrisation. Les bénéfices obtenus à l'aide de ces lavages dans les ulcères variqueux, les ulcères trophiques, les destructions étendues de la peau consécutives à des phlegmons gangréneux, à des brûlures ou à des anthrax, sont nombreux.

Le succès n'est pas moins remarquable dans les plaies qui se recouvrent d'un enduit diphtéroïde, grisâtre, opalin, s'opposant à la cicatrisation.

C'est ainsi encore qu'on a employé l'eau à 52° pour le traitement du *chancre mou*; un dispositif spécial a même été imaginé pour permettre l'arrivée constante sur le pansement, au moyen d'un petit serpentin *ad hoc*, de l'eau à cette température constante. La plaie se trouve détergée en quelques heures, les bubons enrayés dans leur marche et la cicatrisation complète au bout de trois ou quatre jours.

On a même prétendu tout récemment traiter les *tuberculoses chirurgicales* des os, des articulations et de la peau avec certain succès par l'emploi de l'eau bouillante, amenée en contact direct avec la plaie, en protégeant les tissus voisins : il y a vraisemblablement ici non pas une action antiseptique. mais un effet sur la circulation locale, qui est puissamment modifiée par cette température.

Quant à l'*action hémostatique* de l'eau chaude, elle est actuellement bien établie; comme hémostatique utérin, en particulier, l'eau chaude n'a pas de rivale, car elle agit non seulement par son action directe sur les vaisseaux béants, mais indirectement par la contraction puissante qu'elle imprime au muscle utérin.

L'eau chaude triomphe encore dans toute une série d'*inflammations chirurgicales aiguës*. Les panaris, les furoncles et les anthrax, les phlegmons circonscrits ou diffus, toutes les phlogoses superficielles se trouvent bien de l'immersion prolongée dans un bain à une température de 50° à 55°. On doit veiller à ce que l'eau du bain conserve constamment une température moyenne de 50°, en y ajoutant de l'eau pour la réchauffer.

Vu la difficulté de l'immersion quand on a affaire à une région comme la partie moyenne ou supérieure de la jambe ou la cuisse, on aura recours à des compresses de tarlatane. pliées à 10 ou 15 épaisseurs; celles-ci seront trempées dans l'eau chaude et appliquées immédiatement sur les parties phlogosées. L'opération durera un quart d'heure environ et sera renouvelée deux ou trois fois par jour. Dans les intervalles, le foyer malade sera enveloppé dans un pansement humide et chaud. La même méthode est applicable pour le tronc, le cou et la tête.

Au début, l'inflammation peut être jugulée; à une période plus avancée, lorsque le phlegmon est déjà confirmé, elle ne s'étend plus et les phénomènes généraux et locaux tombent avec une rapidité surprenante.

Dans les *hémorrhoïdes*, le d[r] Reclus a recours non aux bains de siège dont la température, sans être insupportable, ne saurait dépasser 42° à 45°, mais aux lavements à haute température et aux lotions périnéales; des compresses de tarlatane imbibées d'eau chaude et appliquées sur les tumeurs en diminuent la tension et les souffrances,

les flétrissent et peuvent les conduire à la guérison, sans qu'on ait besoin de recourir à l'extirpation,

Dans les *prostatites*, l'emploi de l'eau chaude sous forme de lavements à la température de 50° est souverain.

Des prostatites à phénomènes aigus, alarmants, ont été guéries par ce moyen. Celui-ci peut rendre également des services dans les prostatites chroniques, quand la glande hypertrophiée devient le siège de congestions fréquentes et notamment dans la dysurie plus ou moins tenace ou même la rétention d'urine qui survient parfois chez les prostatiques, à l'occasion d'un refroidissement subit, d'un excès de table, d'une course en voiture, d'une station assise trop prolongée.

Il faut encore signaler les *congestions et les inflammations des organes génitaux de la femme* : métrite, ovarite, salpingite, contre lesquels l'usage de l'eau chaude en irrigations vaginales est devenu d'un usage courant ; le dr Reclus préfère aujourd'hui avoir recours aux lavements d'eau chaude à la température de 55°, et il prétend ainsi mieux atteindre les organes malades, l'eau accumulée dans l'ampoule rectale baignant l'utérus dans presque toute son étendue.

Pour l'application de la méthode, la malade se sert tous les matins, une demi-heure avant le lever, d'un irrigateur de la contenance d'un litre, qu'elle remplit d'eau à la température de 55°; elle procède lentement, de façon à ne pas provoquer de contractions intestinales, car le lavement doit être conservé au moins une demi-heure. L'opération est renouvelée chaque matin et parfois même chaque soir, jusqu'à l'apparition des règles, pendant lesquelles la suspension du lavement est de rigueur.

Dans le service de l'auteur, il est de règle actuellement de commencer par ces lavements le traitement de toutes les affections utéro-ovariennes. Sous l'influence de ce traitement, combiné avec l'antisepsie vaginale et le repos horizontal, les douleurs des reins disparaissent, la sensation de pesanteur et, peu à peu, les signes physiques s'amendent d'une façon appréciable ; on a vu également des écoulements sanguins s'arrêter tout à coup.

Dans les inflammations péri-utérines, la plupart des phénomènes subjectifs s'amendent; puis, peu à peu, l'empâtement des culs-de-sac devient moindre, les tumeurs finissent par s'atténuer, à tel point que toute opération devient inutile.

Signalons encore quelques applications vulgaires, également très recommandables, de l'eau chaude, rappelées par le *Médical Age :*

La *céphalalgie* cède presque toujours à l'application simultanée d'eau chaude sur la nuque et sur les pieds.

Une serviette, pliée, trempée dans l'eau chaude, tordue rapidement

et appliquée sur l'estomac, agit d'une manière presque magique contre les *coliques*.

Rien ne coupe plus rapidement court à une *congestion pulmonaire*, à une *angine* ou à un *rhumatisme*, que des applications bien faites d'eau chaude.

Une serviette pliée en plusieurs doubles, trempée dans l'eau chaude et tordue, puis appliquée sur la partie douloureuse, apporte un prompt soulagement aux *maux de dents* et aux *névralgies*.

Un morceau de flanelle imbibé d'eau chaude appliqué autour du cou d'un enfant atteint du *croup*, produit souvent un calme remarquable en cinq ou dix minutes. Le même moyen réussit toujours dans le *faux croup*, mais il vaut mieux employer une éponge, comme le conseillait Trousseau.

L'eau chaude, prise une demi-heure avant de se coucher, est un bon remède contre la *constipation* ; le même traitement, continué pendant quelques mois, et associé à une diète appropriée, est aussi très utile pour la cure de beaucoup de *dyspepsies*.

On pourrait ajouter que l'eau chaude est un des meilleurs moyens de calmer les *douleurs gastriques*.

En résumé l'eau chaude est un de nos plus puissants agents thérapeutiques, en même temps qu'un des plus simples.

Une remarque pour terminer : il va de soi que pour faire un emploi judicieux de l'eau chaude, il est indispensable de toujours exactement doser la température à l'aide du thermomètre ; sinon, on s'expose invariablement ou bien à rester en deçà de la température réellement efficace ou bien à dépasser la température permise.

L.

DES MOYENS DE PRÉVENIR ET DE COMBATTRE LA SYNCOPE CHLOROFORMIQUE.

Le d[r] Laborde est revenu à l'Académie de médecine sur sa théorie du mécanisme physiologique des accidents primitifs (syncope cardiaque et respiratoire) de la chloroformisation.

Rappelons que cette théorie consiste à prétendre que l'action excitatrice du chloroforme, donnant lieu à l'arrêt primitif du cœur ou de la respiration, ou à la fois de l'un et de l'autre, s'exerce, d'une façon essentielle, prédominante, sur les expansions périphériques des nerfs sensibles de la muqueuse *nasale*, c'est-à-dire du trijumeau.

L'auteur a donné la démonstration suivante à l'appui de son opinion : si l'on fait passer dans le nez d'un lapin un léger courant de vapeurs chloroformiques, on voit s'arrêter immédiatement le levier transmetteur des mouvements respiratoires et cardiaques.

Si l'on *insensibilise*, au préalable, la muqueuse nasale, soit à l'aide d'un anesthésique local (cocaïne) ou d'un anesthésique général (opium, morphine), soit — ce qui est plus radical et plus démonstratif — en pratiquant la section du nerf trijumeau, l'effet d'arrêt ou syncopal ne se produit plus.

Il a complété la démonstration par l'expérience suivante pratiquée sur un lapin trachéotomisé au préalable.

Dans une première partie de l'expérience, il met en communication avec la canule trachéale le tube qui y amène les vapeurs chloroformiques : aucune modification appréciable ne se produit du côté du levier transmetteur des mouvements respiratoires et cardiaques; de plus, l'animal reste absolument tranquille; il ne bouge pas.

Dans la seconde partie, il fait passer sous le nez de l'animal l'éponge imbibée de chloroforme : immédiatement *arrêt complet* du levier transmetteur, traduisant l'arrêt simultané de la respiration et du cœur.

Il y a longtemps que le dr Alp. Guérin a compris l'intervention essentielle et nuisible de la sensibilité nasale en introduisant dans sa pratique l'usage de pincer les narines au début de la chloroformisation ; celle-ci ne se fait, dès lors, que par la bouche béante.

Le même, fort de la démonstration précédente, ne comprend pas que l'on continue à administrer le chloroforme indifféremment par le nez et par la bouche. Il rappelle que, quand les malades succombent par arrêt du cœur, l'accident se produit au début de la chloroformisation.

Quand l'anesthésie est complète, l'action réflexe est supprimée, parce que les fosses nasales, comme le reste du corps, ne sont plus aptes à exercer une action nerveuse.

La conséquence à tirer de ce fait, c'est que le danger de l'action réflexe sur le cœur n'existant plus lorsque l'anesthésie est complète, il n'y a plus lieu de se préoccuper de la respiration par le nez, dès que le malade est plongé dans un sommeil profond.

Quant au moyen de supprimer les réflexes nasaux au début de la chloroformisation, outre le pincement ou mieux l'obturation des narines, il y a le moyen conseillé par Laborde, l'anesthésie préalable de la muqueuse nasale par la cocaïne.

La pratique des anciens chirurgiens, consistant à faire parler leurs malades pendant toute la première partie de l'administration du chloroforme, tendait inconsciemment et empiriquement au même but : faire respirer par la bouche.

Lorsque la syncope cardiaque se produit dans la narcose chloroformique, le procédé le plus ordinairement employé pour la combattre est la *respiration artificielle*, pratiquée selon la méthode de Silvester, sur laquelle il n'y a pas lieu d'insister.

Il y a ensuite le procédé du prof. König, qui peut être employé concurremment avec la respiration artificielle ; il consiste dans la *simple compression de la région précordiale :* on presse par saccades sur le côté gauche du thorax.

L'effet de cette pratique est généralement très prompt ; toutefois, elle ne réussit pas toujours et, en général, elle n'a pu rappeler un sujet à la vie, lorsque le pouls n'avait pas réapparu après une demi-heure

Le procédé du prof. Maas, qui n'est qu'une modification du précédent, est plus efficace encore : il consiste dans *des pressions fréquentes exercées sur la région cardiaque*, destinées prétendûment à dégager le ventricule droit ; voici comment l'auteur décrit son procédé :

On se place au côté gauche du sujet, et, appuyant l'éminence thénar de la main droite entre la région de la pointe et le bord gauche du sternum, on exerce sur la région précordiale des pressions énergiques et rapides, dont la fréquence doit atteindre 120 et plus à la minute. Dans ce mouvement rapide, il faut se préoccuper bien plutôt de donner aux pressions l'énergie nécessaire, que de craindre de comprimer trop fortement. On peut, pour plus de facilité, fixer le thorax au moyen de la main gauche appuyée sur le côté droit du sujet.

L'efficacité des efforts de pression se reconnaît à la réapparition de la contraction pupillaire et à la production d'un pouls carotidien artificiel. La force et la rapidité des mouvements seront réglés d'après ces phénomènes. Il va sans dire qu'un aide veillera en même temps à ce que les voies respiratoires soient bien libres.

Aussi longtemps que l'état ne se sera pas essentiellement amélioré, les pauses seront le plus courtes et le moins fréquentes possibles ; plus tard, on pourra interrompre de temps en temps les pressions, chaque fois que la contraction pupillaire sera complète et tant que la respiration spontanée s'effectuera.

Une condition de succès est, nécessairement, une certaine élasticité du thorax. D'après des recherches faites sur des personnes âgées, l'auteur pense que bien rarement la rigidité du thorax sera un obstacle à l'emploi de sa méthode.

Le prof. Maas a rapporté deux cas de syncope profonde au cours de chloroformisation traités avec succès à la clinique de Göttingen. Les accidents étaient très graves, et il est probable que les malades auraient succombé si l'on n'eût pas appliqué la méthode du professeur König modifiée. Cette expérience démontre que, grâce aux nouveaux procédés appliqués, on peut rappeler à la vie des gens qui ont longtemps perdu connaissance, et que les dangers de l'anesthésie chloroformique sont ainsi notablement diminués.

Dans les deux cas, la manœuvre n'a été couronnée d'un plein succès qu'au bout d'une heure.

On ne perdra pas de vue non plus que le procédé de Laborde, les *tractions rythmées de la langue*, peut rendre des services dans les accidents provoqués par le chloroforme.

Le d[r] Dicke a proposé aussi un nouveau moyen : la *dilatation brusque du sphyncter anal*, pratiquée en exerçant avec le pouce introduit dans l'anus une pression énergique dans la direction du coccyx : cette manœuvre a par deux fois ranimé immédiatement le malade.

Comme le sphyncter anal est l'un des organes qui conservent le plus longtemps leur sensibilité sous le chloroforme, il paraît très rationnel d'agir précisément sur lui pour réveiller, par voie réflexe, les contractions du cœur et les mouvements respiratoires dans les cas de collapsus chloroformique.

Ce moyen agit dans le même sens que les diverses excitations cutanées douloureuses, telles que l'application d'une compresse trempée dans de l'eau très chaude ou du marteau de Mayor sur la région précordiale.

Dans les cas graves et rebelles, la *trachéotomie* a été plusieurs fois le moyen de salut, en permettant de pratiquer directement l'insufflation pulmonaire. L.

TRAITEMENT DE L'ASPHYXIE PAR LE PROCÉDÉ DE LA LANGUE.

Les applications du procédé de Laborde, d'abord bornées à l'*asphyxie par submersion*, se sont étendues aux diverses variétés d'asphyxie, notamment à l'*asphyxie des nouveau-nés*, aux *asphyxies toxiques*, à l'*asphyxie spasmodique et tétanique*, à l'*asphyxie par strangulation et pendaison*.

Les cas dans lesquels ce procédé a été appliqué pour combattre l'asphyxie des nouveau-nés — dont nous avons rapporté un des premiers cas, dû au d[r] Chanoine — sont maintenant nombreux ; d'après la communication du d[r] Laborde, à l'Académie de médecine, il aurait toujours été employé avec succès.

Le d[r] Tarnier a cependant déclaré avoir employé inutilement le procédé de la langue dans des cas de mort apparente chez les nouveau-nés ; il ne voit pas que ce procédé soit supérieur à l'insufflation.

Le d[r] Laborde a répondu que peut-être la technique du procédé n'avait pas été parfaite ; il ne faut négliger sans doute aucun moyen pour rappeler la respiration, mais, pour lui, il est démontré que le procédé de la langue est le plus puissant pour réveiller le réflexe respiratoire.

Il a annoncé que son procédé allait être recommandé en première ligne dans les instructions administratives concernant les secours à donner en cas d'asphyxie.

Quant au mécanisme par lequel s'opère le retour à la vie, à la suite de l'emploi des tractions rythmées de la langue, le dr Laborde a démontré expérimentalement qu'il s'agit d'une excitation primitive transmise au centre bulbo-myélitique par les nerfs sensibles sur lesquels agissent les tractions de la langue, notamment les nerfs glosso-pharyngien et lingual; répercussion réflexe sur les nerfs moteurs respiratoires, et en particulier sur le phrénique, d'où le réveil des mouvements du diaphragme et, par eux, de la fonction respiratoire.

L.

—

DE L'EMPLOI DES PEPTONES ET DES LAVEMENTS NUTRITIFS DANS L'ALIMENTATION.

L'utilité des peptones est toujours contestée : on admet, mais les preuves convaincantes font défaut, que les peptones sont de résorption facile.

Le dr Cahn a cherché à résoudre expérimentalement la question et il est arrivé à des conclusions qui ne concordent pas absolument avec l'opinion générale reçue.

Voici, en résumé, les particularités de ses expériences :

Si dans l'estomac d'un chien à jeun, on introduit de la fine poudre de viande dans des conditions bien déterminées (quantité constante d'eau comme véhicule, température précise et toujours la même), au bout d'un certain temps on trouve un contenu stomacal toujours identique, c'est-à-dire une certaine quantité de viande non dissoute, puis de la syntonine, de l'albumose et de la peptone en mêmes proportions; enfin l'acidité stomacale est chaque fois assez prononcée. Mais, lorsque, au lieu de viande, on fait ingérer à l'animal dans les mêmes conditions une quantité correspondante de peptones, si celles-ci sont en réalité plus résorbables, au bout d'un même délai on devrait trouver dans l'estomac une quantité moindre d'aliments.

Or, le dr Cahn a trouvé qu'au bout d'une heure il restait dans l'estomac autant de substances alimentaires non absorbées que si l'on avait fait ingérer de la viande à l'animal. Par contre, après l'ingestion de peptones, le suc gastrique est deux à trois fois plus acide, ce qui montre que ces substances ont une action marquée sur les glandes stomacales. Les peptones ont de plus une tendance à provoquer de la diarrhée, et elles favorisent les fermentations intestinales, ainsi que le démontrent l'odeur des excréments et l'analyse chimique des urines.

Les recherches faites au lit du malade amènent aux mêmes conclusions que les expériences faites sur les chiens. Le dr Cahn a employé les peptones dans les affections qui s'accompagnent de paresse intestinale

et de tendance à la constipation, dans l'anorexie et dans les troubles dyspestiques consécutifs à la chlorose, à l'anémie, aux maladies chroniques fébriles et à la convalescence des affections aigues. Il a constaté que du bouillon de viande additionné d'une cuillerée à soupe de peptone influence plus favorablement l'appétit que les amers généralement employés en pareil cas.

Les peptones agiraient ainsi, d'après les recherches de l'auteur, surtout comme eupeptiques.

D'autre part, l'utilité des lavements nutritifs est encore révoquée en doute par un grand nombre de praticiens qui prétendent que l'absorption par cette voie est nulle ou au moins insuffisante.

Une observation du d[r] Maragliano montre cependant quels services précieux l'alimentation par le rectum peut rendre :

Il s'agissait d'une femme chez laquelle était survenue une perforation d'un ulcère gastrique suivie de péritonite. L'inflammation du péritoine s'était fort heureusement circonscrite. La malade guérit grâce à une alimentation *exclusivement* rectale continuée sans interruption pendant *quatre-vingt-quatorze jours*. Au bout de ce temps, le poids de la malade n'avait diminué que de 2,700 grammes.

Voici la formule des lavements nutritifs qui ont été employés dans ce cas :

Muscles de bœuf	300 grammes.
Pancréas	150 grammes.

Mêlez, triturez dans un mortier, et passez. Ajoutez ensuite :

Eau	Q. S.
Carbonate de soude	5 grammes,
Fiel de bœuf récent	25 grammes.

Pour quatre lavements, qu'on administre dans le courant de la journée en y ajoutant une quantité suffisante d'eau tiède.

Cette formule ne se distingue de celle de Leube que par l'addition d'une certaine quantité de fiel de bœuf, modification qui aurait pour effet d'activer l'absorption des substances alimentaires introduites dans le rectum, ainsi que d'en empêcher la décomposition putride.

L.

—

DU LAVAGE DU TUBE DIGESTIF.

Deux articles, publiés dans le *Progrès médical*, attirent l'attention sur la possibilité de laver par le rectum la totalité du tube digestif.

L'ancienne théorie, encore généralement répandue, qui veut que la valvule de Bauhin se ferme d'en bas, est, d'après les expériences des auteurs, les d[rs] de Genersich et Dauriac, tout à fait fausse et insoute-

nable. Le pouvoir obturateur de la valvule serait même très limité, une pression quelque peu forte la surmonte, et une pression très médiocre, qui répond à une colonne d'eau de 70 à 80 centimètres ou d'un mètre au plus, suffit pour faire entrer les liquides, par le tuyau de l'irrigateur introduit dans l'anus, du rectum dans l'intestin grêle et plus haut.

Selon le d[r] de Genersich, la capacité du canal digestif varie considérablement selon l'individu, mais en général le gros intestin de l'adulte peut contenir environ 3 litres ; on peut en dire autant de l'intestin grêle et de l'estomac, c'est-à-dire que, pour remplir complètement l'estomac et les intestins, il faut à peu près 8 à 9 litres de liquide.

Avec une pression médiocre qui répond à peu près à une colonne d'eau d'un mètre de hauteur, le liquide se répand d'abord dans le gros intestin, le remplit et, aussitôt 3 litres entrés, la valvule s'ouvre et il avance dans l'intestin grêle. Au delà de six litres, l'estomac se remplit, et, au septième, huitième ou neuvième litre — si l'estomac et les intestins ont déjà un contenu abondant, même plus tôt — on voit sortir le liquide de la bouche et du nez, et, si on continue conséquemment l'irrigation, on lave le canal digestif tout à son gré.

L'auteur s'est convaincu que le lavement du canal digestif tout entier, *le diaclysme*, comme il l'appelle, peut s'exécuter sans difficulté ; après le septième litre, ou même plus tôt, il s'ensuit ordinairement un vomissement abondant, et bientôt, si l'irrigation est continuée, le liquide entré par le rectum est rejeté, et cela continue jusqu'à ce que l'on cesse de verser et que l'on détache l'irrigateur de l'anus, après quoi le courant s'écoule en bas avec force. De cette manière il est possible de faire passer dix litres et plus de liquide de bas en haut, sans causer de dommage au malade, quoique le procédé ne puisse passer pour un agréable passe-temps. Chez des jeunes gens et des enfants, le lavage réussit encore plus facilement que chez les adultes.

Le d[r] de Genersich se demande si ce procédé ne serait pas applicable, quand un poison quelconque, qu'il s'agisse de toxines microbiennes ou de substances minérales toxiques, entre dans le canal digestif.

La méthode de traitement du choléra due au d[r] Cantani se rapproche du procédé de l'auteur : on sait qu'il s'agit d'irrigations avec 1 à 2 litres d'une solution de tannin à 1 ou 2 p. c. pratiquées dans le tube digestif par le rectum ; mais les *entéroclysmes* du d[r] Cantani seraient bien moins efficaces que le lavage total ; celui-ci aurait donné dans le choléra typhoïde des résultats remarquables : à l'anurie, succéderait une polyurie remarquable.

Il convient de chauffer le liquide à 37° ou 38° et de l'injecter lentement.

En dehors du choléra, le dr de Genersich propose son procédé dans toutes les infections et les intoxications; il n'est pas sans méconnaître toutefois que des scybales volumineuses ou des corps étrangers, les rétrécissements cancéreux et tuberculeux, les hernies fortement étranglées opposeront un obstacle la plupart du temps insurmontable à la progression du liquide.

De même, une pression exagérée pourra causer des ruptures intestinales, surtout chez les typhiques, les tuberculeux ou les malades dont l'intestin atteint de gangrène ne demande qu'à crever à la moindre pression.

Le dr Dauriac a essayé l'irrigation totale du tube digestif chez des enfants atteints de diarrhées fétides incoercibles et cela, au moyen d'une solution d'acide lactique ou de créoline, et chez tous les malades à peu près, la diarrhée céda à un premier lavage. Le même lavage à la créoline parut aussi être utile dans un cas de fièvre typhoïde.

On sait que les irrigations du gros intestin ont été utilisées avec succès dans l'ictère catarrhal : le dr Dauriac a fait dans ce cas le lavage total; il s'est servi une fois d'eau simple froide, une seconde fois d'eau de Vichy froide; les selles qui étaient franchement argileuses, devinrent dès le lendemain coloriés par la bile et la guérison fut très rapide.

Il pense que le lavage total pourra rendre des services encore dans les cas où on voudrait obtenir une purgation sûre, dans les cas d'obstruction intestinale. En variant la température des lavements, en les chargeant de *substances médicamenteuses*, on saura obtenir des effets variés et d'une puissance certaine.

Lorsqu'on opère chez l'adulte, il faut aller très doucement et ne point se servir de pressions trop fortes. Les sujets en expérience éprouvent des coliques souvent intenses : il faut alors s'arrêter et attendre leur cessation. Il est évident que dès que l'estomac est rempli, le vomissement arrive : il sort alors par la bouche un liquide plus ou moins louche. Il est inutile d'en arriver là. On s'assurera par la percussion de l'arrivage du liquide dans l'estomac et on cessera l'irrigation dès que ce viscère commencera à être plein. On retirera alors la sonde rectale et presque aussitôt la liqueur contenue dans l'intestin fera irruption à l'extérieur.

Le dr Dauriac pense, comme le dr de Genersich, qu'il y a là la base d'une thérapeutique nouvelle; il ajoute que le procédé n'est nullement dangereux et peut être essayé par tous les praticiens.

Le dr de Genersich, quelque enthousiaste qu'il soit de son procédé,

ne prétend cependant pas avoir découvert une méthode qui ne donne que des succès. Il signale quelques contre-indications telles que les lésions cardiaques, l'artério-sclérose, les lésions pulmonaires graves. Il rappelle que le procédé est pénible à supporter et il pense que bien des malades ne consentiront pas à s'y soumettre. L.

—

QUELQUES FORMULES DE PURGATIFS.

Le dr Dujardin-Beaumetz conseille comme une des meilleures tisanes purgatives la suivante qui a été formulée par le prof. Hardy :

Séné Pensées sauvages	ââ 8 grammes.

Faire infuser pendant une heure dans un litre d'eau bouillante, passer et édulcorer. En prendre un grand verre le matin.

Un bon moyen encore d'obtenir une préparation agréable à base de séné consiste à l'additionner de café.

Séné	10 grammes.
Sulfate de magnésie	15 grammes.
Café torréfié	25 grammes.

Faire infuser dans 125 grammes d'eau bouillante. Passer et sucrer. A prendre en une fois.

Parmi les autres purgatifs à administrer à l'état liquide, il faut signaler aussi la teinture de jalap composée, très répandue sous le nom d'*eau-de-vie allemande*. Voici sa formule :

Racine de jalap	80 grammes.
Racine de turbith	10 grammes.
Scammonée d'Alep	20 grammes.
Alcool à 60 degrés	960 grammes.

C'est un purgatif drastique, très énergique et fort utile, qu'on administre à la dose de 15 à 30 grammes par jour.

Enfin, voici une formule indiquée par le dr Pattein facile à préparer, et qui permet de donner l'huile de ricin sans difficulté aux enfants :

Huile de ricin	30 grammes.
Sirop d'orgeat (du Codex)	30 grammes.
Sirop de gomme	30 grammes.
Eau de menthe	10 grammes.
Eau distillée Q. S. pour compléter	150 grammes.

Le liquide a l'apparence d'un looch blanc. L.

—

INDICATIONS DES LAVEMENTS A LA GLYCÉRINE.

Les petits lavements glycérinés n'agissent que si le rectum est rempli de matières fécales : dans ces cas l'évacuation des masses fécales a lieu d'une manière physiologique, c'est-à-dire sans diarrhée.

Le dr Anacker, s'appuyant sur cette donnée, a ainsi formulé les indications des lavements à la glycérine : ils agissent excellemment contre la constipation habituelle par suite d'une vie sédentaire, de la composition non appropriée des aliments, etc. Au contraire, il n'y a pas beaucoup à attendre de ces lavements dans les cas d'obstacles mécaniques à la circulation du contenu stomacal, dans la constipation survenant dans un grand nombre d'affections fébriles ou d'affections cérébrales et médullaires.

Dans la hernie irréductible, on fera bien toutefois d'avoir recours dès l'abord aux lavements à la glycérine.

Lorsque la glycérine est administrée pendant quelque temps, à une heure fixe de la journée, à la longue s'établit l'évacuation spontanée des matières fécales à la même heure, et bientôt on peut tout à fait supprimer la glycérine.

Les lavements à la glycérine se montrent aussi très utiles pendant le travail de l'accouchement ; grâce à eux, les douleurs surviennent plus rapides et l'accouchement se fait en moins de temps.

La quantité de glycérine à employer pour chaque lavement est peu considérable : dans certains cas, 5 à 10 gouttes suffisent complètement. C'est dire que la glycérine revient beaucoup meilleur marché que les autres purgatifs.

La glycérine, même employée tous les jours pendant longtemps, ne donne jamais lieu à des phénomènes secondaires fâcheux.

Les lavements sont supérieurs aux suppositoires glycérinés, car les graisses s'opposent à l'action propre de la glycérine. L.

—

LA SYMPHYSÉOTOMIE EN ALLEMAGNE.

La question de la symphyséotomie était à l'ordre du jour du Congrès des gynécologues allemands réuni à Breslau au mois de mai dernier, sous la présidence de Fritsch. Comme on va le voir l'enthousiasme pour l'opération à la mode est beaucoup plus froid en Allemagne qu'en Italie et qu'en France Nous résumons les débats d'après l'analyse qu'en donne la *Gazette médicale de Strasbourg*.

Zweifel, de Breslau, rapporteur, fait l'historique de la question. Il a rassemblé 14 nouvelles opérations : toutes les femmes ont guéri et ont pu reprendre leurs occupations avec une symphyse pubienne solide. Un enfant asphyxié n'a pu être ranimé ; l'autre est mort de pneumonie au deuxième jour. Dix fois on a appliqué le forceps.

Il conseille, la section du pubis opérée, de replacer la femme au lit et d'attendre l'expulsion spontanée de l'enfant. Il a attendu ainsi jusqu'à 12 ou 14 heures. Six fois il a dû appliquer le forceps sur une tête encore haut située.

Il recommande le procédé opératoire suivant : le cartilage symphysaire est incisé ou scié (à la scie droite ou à la chaîne) de haut en bas ; il est rare d'ailleurs que l'articulation soit ossifiée. Lorsqu'elle n'est pas rectiligne, lorsque la malade est mal placée, l'incision est difficile. Il s'écoule généralement beaucoup de sang que l'on arrête avec un tampon de gaze iodoformée ; il y a lieu de faire aussi une compression du côté du vagin.

Comme pansement, il estime qu'il ne suffit pas de suturer les cartilages et les tissus fibreux, mais qu'il faut suturer les os au fil d'argent, ou au catgut, moins irritant pour la vessie. Les jambes sont étendues et rapprochées et le bassin entouré d'un bandage plâtré.

D'après *Dœderlein* si on écarte les pubis sectionnés de 6 centimètres et plus, on s'expose, non à la déchirure des ligaments sacro-iliaques, mais à une lésion de la capsule et à un épanchement de sang dans l'articulation. L'écartement des pubis se fait asymétriquement ; le plus souvent le bassin ne s'agrandit qu'aux dépens d'une seule articulation sacro-iliaque, en général de la droite.

Léopold, de Dresde, n'a jamais trouvé l'ankylose des pubis ; il croit que les lésions des symphyses sacro-iliaques ne s'observent qu'après les écartements de 7, 8 ou 9 centimètres.

Il a pratiqué 4 fois la symphyséotomie et ne croit pas qu'elle soit à conseiller à tout praticien en raison des difficultés qu'elle présente parfois. L'hémorrhagie est abondante ; l'asepsie difficile à obtenir, les soins consécutifs sont longs et minutieux, la consolidation de l'articulation est lente. Zweifel a fendu des bassins de 8 et 8 1/2 centimètres ; la limite inférieure de l'opération serait de 6 centim. Or, avec la méthode d'expectation on peut voir accoucher sans opération des femmes ayant 8 centim. de diamètre utile et la version permet même d'extraire des enfants à travers un diamètre de 7 1/2 et même, dans certains cas (bassins plats) à travers un diamètre de 7 centimètres. D'autre part la symphyséotomie expose à de graves lésions du vagin et elle ne doit être pratiquée que lorsque le col est complètement dilaté. Toutes ces conditions restreignent singulièrement les indications de la symphyséotomie.

Chroback, de Vienne, pense que l'opération ne peut pas encore être jugée d'une manière définitive. Il croit la suture osseuse au fil d'argent nécessaire, la symphyséotomie, d'après lui, n'est pas moins dangereuse que la section césarienne.

Frommel, d'Erlangen, n'est pas partisan de la symphyséotomie. Il fait la suture osseuse et chez ses premières opérées la cicatrisation a mis trois mois à se faire.

Schauta, de Vienne. préfère la symphyséotomie à l'opération césa-

rienne, quand l'asepsie est médiocre; si l'asepsie est bonne il préfère la césarienne. Il croit la suture osseuse nécessaire.

Olshausen, de Berlin, pense que la symphyséotomie est une opération réservée à l'hôpital; il préfère l'opération césarienne.

La plupart des autres orateurs font des réserves au sujet de l'introduction de l'opération dans la pratique courante. E. H.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 30 septembre 1893.

Le 19 de ce mois est décédé M. le professeur Léon Le Fort, qui appartenait à l'Académie en qualité de Membre honoraire étranger. — Une lettre de condoléance sera adressée à la famille du regretté défunt.

— On annonce le décès de M. Maisch, Correspondant, professeur au Collège de pharmacie de Philadelphie. — L'Académie décide qu'une lettre de condoléance sera transmise à la famille de ce regretté Correspondant.

1. Rapport de la Commission qui a été chargée de l'examen du travail de M. le Dr Deffernez, à Jumet, intitulé : *L'épidémie de rougeole et de scarlatine dans le bassin de Charleroi*, 1892-1803. — M. Vanlair, Rapporteur.

M. Vanlair, en son nom et au nom de M. Crocq, donne lecture de ce rapport. Des observations recueillies par l'auteur, et portant sur un très grand nombre de cas, il résulte que la maladie a souvent affecté la forme hémorragique et la forme broncho-pulmonaire, beaucoup plus rarement la forme ataxo-adynamique. Il s'est présenté fréquemment aussi des exemples d'une curieuse combinaison entre la rougeole et la scarlatine, et généralement ces cas ont offert une gravité particulière. La diphtérie scarlatineuse, surtout la diphtérie précoce, s'est également rencontrée chez bon nombre de sujets. Pour le surplus, l'épidémie a été longue et meurtrière; elle n'a pas emporté moins de quatre-vingt-quatre enfants dans la seule commune de Jumet.

L'auteur indique le traitement institué par lui contre les complications survenues chez ces malades. Il insiste, en outre, tout spécialement sur la nécessité d'organiser partout des inspections médicales scolaires, qui seules pourront prévenir les conséquences d'une promiscuité dangereuse.

Le rapport conclut à l'insertion du mémoire de M. Deffernez dans le *Bulletin* de la Compagnie. — *Adopté.*

2. Rapport de la Commission à laquelle a été renvoyé l'examen du travail de M. le Dr Desneux, à Genappe, portant pour titre : *Note sur trois cas de typhus exanthématique constatés en Belgique.* — M. Masius, Rapporteur.

Au commencement du mois de mars dernier, M. Desneux a eu l'occasion d'observer, dans sa clientèle, trois cas d'une affection qui, par sa marche et ses symptômes, lui rappelle le typhus exanthématique.

Trois jeunes filles, trois sœurs, du hameau de Sclage sous Bousval, habitant sous le même toit et employées toutes trois dans une filature de coton de Bousval, ont été frappées presque en même temps d'une affection aiguë, ayant tous les signes d'une infection grave : fièvre intense, courbature, abattement considérable, langue sèche, diarrhée, bronchite diffuse et caractérisée par l'apparition, au deuxième jour de la maladie, d'une éruption généralisée, rappelant dans les premiers jours l'exanthème de la variole : *un exanthème pétéchial*. L'affection se termina brusquement vers le dixième jour par une défervescence rapide de tous les symptômes. la convalescence fut courte dans les trois cas. La personne qui soignait ces jeunes filles ne fut pas atteinte, et il n'y eut point d'autres cas de l'espèce dans la commune. La fabrique où étaient employées ces jeunes filles recevait une partie de ses approvisionnements de New-York, où le typhus exanthématique a régné à l'état épidémique dès le commencement de décembre 1892.

M. Desneux signale aussi l'existence, dans deux ou trois communes environnantes, de cas présentant quelque analogie avec ceux qui font l'objet de son observation, mais l'insuffisance de renseignements ne lui permet pas de conclure à leur complète identité.

Est-il possible d'admettre le typhus exanthématique après des observations aussi incomplètes, aussi peu détaillées, dans lesquelles l'auteur signale à peine les symptômes nerveux et l'éruption, qui sont pourtant les manifestations propres de la maladie et qui lui ont valu son nom?

Et encore, ce que l'auteur nous dit de l'éruption est anormal : elle aurait apparu le deuxième jour, et déjà elle aurait été pétéchiale. On sait pourtant que l'exanthème se montre plus tard et qu'il ne devient pétéchial que dans les cas graves et seulement le sixième ou le septième jour.

L'affection que décrit le Dr Desneux s'éloigne aussi des allures ordinaires du typhus exanthématique par l'existence de la diarrhée, alors que la constipation est la règle. Nous ajouterons enfin que nous ne trouvons dans son travail aucune indication relative à la forme, à la localisation et à la marche de l'éruption.

Nous hésitons donc à adopter les conclusions de M. Desneux, car les documents qu'il produit ne sont pas assez explicites ni démonstratifs ; ils nous paraissent pourtant avoir assez d'importance pour attirer l'attention du corps médical.

Nous vous proposons d'adresser des remerciements à l'auteur et de publier son travail dans le *Bulletin* de l'Académie.

— Après un échange d'observations entre MM. Crocq, Masius, Rommelaere, Thiry et Lefebvre, l'Académie, consultée, décide que le travail de M. Desneux ne sera pas imprimé.

3. Rapport de la Commission chargée d'examiner le travail de M. le Dr Goris, ayant pour titre : *Sur neuf opérations de mobilisation de l'étrier dans les cas de surdité ancienne*. — M. Delstanche, correspondant, Rapporteur.

La mobilisation de l'étrier, dit le Rapporteur, bien que déjà préconisée et exécutée avec succès dès 1876 par le Professeur Kessel, d'Iéna, n'a commencé que dix ans plus tard à acquérir la vogue dont

elle jouit aujourd'hui, sous l'impulsion des spécialistes français Boucheron et Miot.

Dans le mémoire qu'il soumet à l'appréciation de l'Académie, M. Goris cherche à établir la valeur de cette opération, au sujet de laquelle rien n'a été jusqu'ici publié en Belgique.

Avec une prudence digne d'éloge, il a voulu borner ses tentatives à des cas de surdité ancienne, d'une incurabilité certaine par les moyens auquels on a recours d'ordinaire. Et cependant, malgré ces conditions désavantageuses, il a eu à se louer de son intervention dans trois des neuf cas dont il relate brièvement les observations dans son mémoire.

Il n'a du reste constaté aucune suppuration de la caisse ni aucune aggravation de l'infirmité à la suite de l'opération; il est donc porté à en admettre l'innocuité, lorsqu'elle est exécutée antiseptiquement.

Il croit en outre pouvoir conclure de ses recherches, que la mobilisation de l'étrier est un mode de traitement très infidèle à la vérité, mais précieux pourtant, à essayer comme dernière ressource dans les cas de surdité invétérée, reconnaissant pour cause l'ankylose de cet osselet.

C'est une manière de voir à laquelle le Rapporteur se rallie volontiers; mais il croit être également en conformité d'idées avec M. Goris, en n'admettant pas, contrairement à l'opinion de M. Miot, l'opportunité de la mobilisation, aussi longtemps du moins que l'efficacité et les effets durables n'en auront pas été mieux démontrés, chez les sujets qui sont encore à même de distinguer les paroles chuchotées à à la distance d'un mètre; car à côté des avantages que plusieurs praticiens déclarent avoir retirés de cette méthode opératoire, il faut tenir compte de la possibilité — et les exemples n'en manquent pas — d'aggraver une situation encore relativement supportable.

La Commission propose de voter des temerciements à l'auteur, d'imprimer son intéressant travail dans le *Bulletin* de l'Académie et elle le recommande pour le titre de Correspondant. — Ces conclusions sont adoptées.

DISCUSSIONS.

1. Suite de la discussion sur les communications relatives au choléra.

M, Van Ermengem se défend de prolonger une discussion dans laquelle il est en désaccord avec son honorable contradicteur, M. Crocq, non seulement sur les principes et sur la méthode, mais encore sur les faits eux-mêmes qui doivent servir de base à la controverse.

Il ne voit pas à quelles conclusions on pourrait aboutir en défendant la théorie microbienne du choléra devant un adversaire resté fidèle aux enseignements de l'école organopathique et physiologique de Broussais. Au surplus, l'orateur juge inutile de répondre à des objections qu'il a déjà réfutées longuement dans son discours du 27 mai dernier.

En demandant la parole avant la clôture de la discussion, il a

uniquement voulu protester contre les accusations injustes dont la bactériologie avait été l'objet.

— L'Académie, consultée, décide de clore cette discussion.

2. Suite de la discussion de la communication de M. Desguin relative à la rage.

M. Desguin répond d'abord aux objections que lui ont faites divers Membres et que l'ajournement de la discussion l'a empêché de rencontrer. Il établit, par voie d'exclusion, l'exactitude de son diagnostic de rage chez l'homme et démontre que, chez le chien, l'existence de la maladie ne peut être mise en doute. Il est vrai que l'inoculation de la moëlle n'a pas eu lieu, mais le résultat de cette inoculation n'est pas un criterium infaillible; d'ailleurs on faisait bien le diagnostic de la rage avant de savoir que la virulence siégeait dans la moelle.

Quant à l'incubation de 27 mois qui a précédé l'explosion de la maladie et qui est la cause vraisemblable des doutes qui ont été émis, elle n'est pas un fait unique dans la science. Il cite plusieurs exemples authentiques de très longue incubation. Elle peut être attribuée à ce que le traitement fait à l'Institut Pasteur, en 1887, était plus timide, moins actif qu'il n'est aujourd'hui. Il a pu être suffisant pour conférer une immunité temporaire. Ce qui tend à faire admettre cette explication, c'est l'examen des résultats obtenus à l'Institut, qui sont devenus de plus en plus favorables au fur et à mesure que le traitement a été pratiqué d'une manière plus hardie. Il extrait des rapports de l'Institut une série de chiffres qui le démontrent.

— La discussion continuera dans la prochaine séance.

Election du Président de l'Académie, pour l'année 1894.

35 Membres prennent part à cette élection.

M. Degive obtient 26 voix.

En conséquence, M. Degive est proclamé Président de l'Académie.

Un nouveau scrutin aura lieu dans le comité secret de la prochaine réunion pour les autres candidatures.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉLÉMENTS DE PHARMACODYNAMIE, par le prof. SCHMIEDEBERG. *Traduction d'après la 2e édition allemande, par le dr H. Wouters, de Louvain.*

La personnalité de l'auteur, la faveur qui est acquise depuis longtemps à cet ouvrage en Allemagne, méritent d'attirer sur lui l'attention des praticiens; il diffère sensiblement de la plupart des traités de thérapeutique en usage; c'est avant tout un exposé clair et précis de l'action physiologique des médicaments, grâce auquel les applications thérapeutiques sont établies dans la mesure du possible sur des données scientifiques.

C'est cette qualité de l'ouvrage qui a particulièrement séduit le dr Wouters et il a pleinement réussi à nous en donner une traduction fidèle autant qu'élégante qui sera lue avec intérêt et avec profit.

Afin de faciliter la prescription des médicaments, notre distingué confrère a pris soin de mentionner les préparations de la Pharmacopée belge que ne contient pas la Pharmacopée allemande; le succès de son livre nous paraît assuré et nous le recommandons vivement à nos lecteurs. L. D.

Assistance médicale : service gratuit à domicile — hôpitaux ruraux — maisons de convalescence, par le dr Glibert, d'Uccle.

A propos de ces questions d'actualité en Belgique, le dr Glibert a écrit une brochure agréable à lire, pleine d'aperçus intéressants et de vues originales qui fournira des documents utiles à tous ceux que la chose intéresse. L. D.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — SERVICE MÉDICO-RURAL DES INDIGENTS.

Dans son assemblée générale du 25 octobre 1893, la Fédération médicale belge s'est occupée de l'organisation du service des indigents dans les communes rurales et M. Borginon a fait connaître le résultats de l'enquête demandée par le Gouvernement.

1° Sur la 1re question, concernant le système adopté par les communes pour le paiement des honoraires du médecin, les réponses se rapportent à 1228 communes : dans la plupart, 721, le médecin est payé à forfait, c'est-à-dire qu'il reçoit un traitement annuel fixe; dans 185 il est payé par avis ou visite; dans ?12 il n'y a rien d'organisé du tout.

2° Pout la 2e question, demandant l'avis du praticien sur le système qu'il préfère, il y a eu 612 réponses : 402 se rallient à l'abonnement, c'est-à-dire au traitement à forfait fixé sur une base déterminée et avec des garanties pour la confection des listes d'indigents; 210 préfèrent le paiement par visite.

3° La 3e question se rapporte au service obstétrical et vaccinal. Dans 181 communes les accouchements sont faits par des médecins; dans 333 par des sages-femmes et dans 510 rien n'est organisé : ici les médecins ne sont appelés que dans les cas de dystocie et 19 fois sur 20 ils ne sont pas payés. Le service des vaccinations se trouve à peu près dans les mêmes conditions misérables.

4° A-t-on pris des dispositions spéciales pour prévenir les épidémies? Oui, dans 141 communes; plus ou moins dans 94; absolument aucune dans 752.

5° Y a-t-il un service médical organisé pour que l'indigent soit secouru en cas de nécessité?

Ce service est plus ou moins organisé dans 488 communes; pas du tout dans 251 ; pas rétribué dans 250.

Les questions suivantes sont relatives à la fourniture des médicaments.

Le referendum portant sur le *règlement-type* proposé par le gouvernement a donné les résultats suivants :

165 praticiens ont répondu : oui;
11 » » » non;
369 » se déclarent partiellement favorables;
70 bulletins blancs.

La grande majorité est donc en faveur du projet, mais *avec certaines modifications*, qui ont été discutées par l'assemblée.

M. le dr Lambret, d'Yvoir, qui a étudié la question de près, soutient le système de la *capitation*, système exposé dans la *Revue médicale* (voir no précédent p. 237).

D'après lui, le service médical des indigents doit être considéré comme un service public au même titre que l'instruction, la voirie etc. Il devrait donc être organisé par l'Etat et les provinces et non pas par les communes, incompétentes et juge et partie dans la question

Lorsque le médecin reçoit un traitement fixe, abonnement ou forfait, on abuse de lui, on allonge arbitrairement la liste des secourables; le paiement par visite pourrait entraîner des abus; l'abonnement par famille n'est pas équitable lorsqu'il ne tient pas compte du nombre des membres; le système de la somme fixe que les médecins ont à se partager au prorata de leurs visites aboutit à des résultats dérisoires.

M. Lambret veut que le pauvre puisse choisir son médecin et que celui-ci soit payé suivant un tarif arrêté par la députation permanente.

M. Borginon se déclare adversaire de la *capitation*. Il admet le forfait fixé par famille, avec libre choix du médecin pour un an, et pour les étrangers non inscrits sur les listes, d'un tarif par visite ou avis.

D'autres orateurs prennent part à la discussion qui se termine par les votes suivants :

1° *Quel est le meilleur système à adopter par les communes pour rétribuer le médecin des indigents?*.

Deux systèmes sont en présence : le paiement par visite et le forfait; ce dernier réunit la grande majorité des suffrages. Il est entendu que le taux de l'abonnement devra être fixé par famille et que chaque année le chef de celle-ci pourra désigner le médecin qu'il préfère. On devra indiquer un minimum au-dessous duquel les communes ne pourront pas contracter. On comptera pour l'estimation 5 personnes par famille.

2° *Quel est le meilleur mode à conseiller pour la délivrance des médicaments?*

Si c'est le médecin qui délivre, fourniture à forfait, par famille pour une somme déterminée.

Si c'est le pharmacien, le paiement par recette, suivant tarif adopté par la députation permanente, s'impose.

3° *Quel est le sentiment de l'assemblée sur le règlement-type?*

Sous réserve de quelques modifications, ce règlement est approuvé à l'unanimité. L'assemblée notamment émet les vœux suivants : que le médecin ait au moins *voix consultative* dans la confection de la liste des indigents; que les accoucheuses ne pratiquent pas les vaccinations; que le médecin, dans des cas exceptionnels, puisse prescrire sans avoir vu le malade; qu'il ne soit pas tenu de veiller à la bonne préparation des médicaments qui n'est pas de sa compétence ; qu'au delà de 3 kilomètres (au lieu de 5) des frais de route lui soient accordés et enfin qu'il soit stipulé qu'en cas d'épidémie, il « aura droit » à une indemnité. E. H.

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE (1).

(Suite.)

CLINIQUE OBSTÉTRICALE. *Bassin rachitique de* 68 *millim.*; — *présentation de la face, M. C. D. avec tronc du fœtus renversé en arrière; prolapsus du cordon; symphyséotomie; le forceps échoue; la version réussit; enfant vivant; mère guérie.*

(Observation recueillie par M. Hostens, interne de service.)

Rosalie H..., 41 ans, à terme d'une première grossesse et en travail depuis 4 jours, nous est amenée à la maternité le 24 octobre, à 4 heures de l'après-midi.

Elle mesure 1,24 m. de hauteur et présente des stygmates profonds du rachitisme : jambes courtes, légèrement arquées, ensellure, sinuosités alternes de la colonne vertébrale.

Au toucher : sacrum plat, horizontal; promontoire saillant; ligne sacro-sous-pubienne mesurant un peu plus de 7 centimètres; diamètre sacro-pubien de 68 millimètres; col très haut situé, dilaté, occupé par une poche souple en boyau, contenant le cordon ombilical; parties fœtales difficiles à atteindre, impossibles à reconnaître.

Le palper abdominal est rendu malaisé par la tension de la matrice, qui remplit tout le ventre : il permet de constater cependant que c'est la tête qui se présente et que le tronc est en rapport avec la paroi droite. Bruits du cœur très clairs et très forts en avant et à droite. L'intensité de ces bruits s'explique par ce fait extraordinaire, qui nous a été révélé plus tard, de l'application de la région thoracique antérieure de l'enfant contre la paroi utérine.

La femme qui a déjà beaucoup souffert et se rend bien compte que l'accouchement est impossible, demande à être délivrée au plus tôt. M. le prof. Hubert la fait passer dans son service de l'hôpital et à 5 heures tout est prêt pour l'opération.

La patiente est endormie, rasée, soigneusement désinfectée, sondée;

(1) Voir *Revue Médicale*, p. 241.

les étudiants du doctorat sont introduits dans la salle, et, assisté de son collègue M. Dandois, M. Hubert procède à la symphyséotomie.

Il pratique sur le pénil une incision verticale de 6 centimètres qui descend jusque près du clitoris : une compresse de gaze iodoformée arrête le sang qui s'échappe de quelques grosses veines; puis deux petites incisions transversales, dans l'aponévrose abdominale, lui permettent de glisser l'indicateur gauche derrière le pubis jusqu'au bas de la symphyse. L'articulation est alors attaquée d'avant en arrière et de haut en bas, au bistouri pointu d'abord, puis au bistouri boutonné. Arrivé au bas de l'articulation l'opérateur dévie l'instrument à droite, pour éviter le clitoris, et incise les fibres du ligament sous-pubien, sans entamer la vulve.

Les aides qui soutiennent les cuisses les écartent doucement en abduction et la séparation des pubis est graduellement portée à 7 et, peut-être même, à certain moment, jusqu'à 7 1/2 centimètres.

M. Hubert introduit la main gauche, rompt la poche des eaux et reconnaît, au dessus du détroit supérieur, la face, le menton tourné en avant et à droite. Le baptême est administré à l'enfant, puis sur la main restée en place et qui tient la tête, les deux cuillers du forceps sont appliquées dans le diamètre oblique gauche. La tête est bien saisie par les oreilles, mais il eût été impossible de la prendre par son grand axe — qui se trouvait au-dessus du bassin — et les cuillers vont de la grande fontanelle vers le cou.

Malgré une traction énergique, la tête ne bouge pas et bientôt les cuillers glissent et reviennent à vide. M. Hubert introduit alors la main droite dans la matrice, constate que l'enfant est renversé sur le dos, saisit le pied droit qui se trouve près de l'occiput et l'amène au dehors, tandis que de la main gauche appliquée sur le ventre, il refoule la tête vers le haut. L'évolution s'accomplit en un instant et le tronc de l'enfant est dégagé sans difficultés. Sans perdre un instant l'opérateur va accrocher la mâchoire, place la tête en travers et lui fait franchir sans effort le détroit supérieur.

Les aides, à ce moment, rapprochent les cuisses de la femme, pour diminuer la distension transversale des parties molles, et le crâne est dégagé en position directe. En passant, un peu vite, parce que l'on est inquiet pour l'enfant, la tête a déchiré la fourchette.

Enfant du sexe féminin, de volume moyen, un peu étourdi, mais bientôt ranimé.

Délivrance artificielle; irrigations antiseptiques chaudes, ergotine.

PANSEMENT. Les parties profondes de la plaie sont fermées avec des points de suture au gros catgut, intéressant le périoste; les parties superficielles, avec des fils de soie. Une mèche de gaze iodoformée est poussée de bas en haut dans le trajet que le doigt a laissé dans le tissu cellulaire rétro-pubien et la plaie est recouverte de gaze iodoformée. Un bandage de corps et un lien autour des genoux assurent l'immobilité du bassin.

COUCHES. Nous ne donnerons pas le détail des soins quotidiens que l'opérée a réclamés, nous nous bornerons à décrire les couches à larges traits. Voici d'abord le

TABLEAU DE LA TEMPÉRATURE.

Dates..	25 oct.	26	27	28	29	30	31	1 nov.	2	3
Matin..	37	36,8	39,2	39,6	37,5	37,4	37,2	37,8	38	37
Soir...	37,2	37,8	39	39,7	40,1	38,8	37,9	38,4	38,4	37,4

Le 27 au matin nous trouvons une sautée brusque du thermomètre, qui marque 39,2° : la nuit il y a eu un grand frisson et des urines involontaires. Le bandage du corps est souillé par les lochies et l'urine, et il y a une plaque diphtéritique sur la petite plaie périnéale. — Lavages au sublimé; insufflation d'iodoforme; compresses imbibées de sublimé placées sous le siége; sonde de Pezzer placée à demeure dans la vessie — et comme il n'y a pas eu de selles, un lavement est administré.

Le 29, le bandage, de nouveau souillé, est enlevé et ne sera plus remis; on essayera de maintenir l'immobilité du bassin uniquement par la ligature des genoux. Les lavements n'ayant pas ramené des selles, j'introduis le doigt dans le rectum et très haut je désagrége un gros bloc stercoral.

La plaque diphtéritique a disparu de la plaie périnéale, qui bourgeonne bien, mais il y a du gonflement dans le vagin et il s'est produit

dans les grandes lèvres un œdème qui a mis une dizaine de jours à se dissiper complétement. Deux jours plus tard une nouvelle accumulation de fécès dans l'intestin réclame des lavements et une nouvelle introduction du doigt, et est suivie de fortes coliques, puis, pendant deux jours, de selles diarrhéiques, involontaires. Pendant deux jours aussi, à la suite de l'enlèvement de la sonde à demeure, les urines sont rendues involontairement.

La plaie pubienne s'est cicatrisée par première intention — les fils superficiels ont été enlevés le huitième jour et les profonds ont bien tenu, à en juger par le rapprochement exact des os — et leur résistance à de légers essais de déplacement.

La convalescence s'établit rapidement et, sauf une légère remontée du thermomètre, due au dérangement intestinal, à partir du huitième jour la température est revenue à la norme.

Au 15e jour, la femme passe une partie de la journée dans un fauteuil — au 20e, on lui permet quelques pas qu'elle exécute sans éprouver aucune douleur dans le bassin, mais seulement de la roideur dans les genoux. Pendant la marche il ne se produit aucun chevauchement et les pubis restent bien contigus.

Juste un mois après son accouchement l'opérée a pu quitter l'hôpital, tout à fait remise de ses couches.

*
* *

L'histoire de cet accouchement offre des particularités si extraordinaires qu'elles en deviennent intéressantes.

Nous n'avons jamais rencontré de présentation mento-antérieure au détroit supérieur; nous n'avons jamais non plus rencontré d'enfant dans cette attitude de *clown*, renversé sur le dos, les pieds touchant l'occiput.

Les présentations de la face sont des présentations de *travail*, non de *grossesse* — et si Mme Lachapelle cite un exemple d'enfant trouvé la tête étendue chez une femme morte avant le travail, on peut expliquer le fait par les convulsions auxquelles l'enfant aura été en proie, au moment où la circulation maternelle commençait à faire défaut.

C'est toujours, croyons nous, le sommet qui se présente, mais il est un peu dévié, de sorte qu'au moment des douleurs, l'occiput, débor-

dant en avant la marge du bassin, se trouve arrêté, et la face est précipitée en arrière dans l'excavation. Aussi au détroit supérieur, les présentations mento antérieures ne s'observent elles jamais et c'est presque toujours la mento-postérieure droite — déviation d'une occipito-cotyloïdienne gauche — que l'on rencontre.

Dans le cas actuel voici vraisemblablement ce qui se sera passé.

Il s'agissait primitivement d'une position occipito-gauche, avec une tête maintenue très haut par l'extrême étroitesse du bassin : à un moment donné, pendant un décubitus latéral droit, le fond de la matrice se déviant à droite et entraînant le siége de ce côté, la tête aura glissé en sens opposé, l'occiput remontant plus que le menton.

La tête étendue, le tronc aussi s'est étendu, et renversé en arrière. Pourquoi? Il est plus facile de se représenter la chose que de l'expliquer. Le fœtus a-t-il eu des convulsions? Rien ne l'indique. Mais il est permis de croire qu'instinctivement il a essayé d'échapper à la gêne résultant de l'extension du cou en cherchant une autre position, qui s'est trouvée n'être pas meilleure, mais qu'il n'aura plus su modifier. Quoiqu'il en soit, le travail l'a surpris dans cette étrange attitude que nous ne croyions possible qu'à la suite d'une fausse manœuvre de version.

Pourquoi le forceps a-t-il échoué? — Le menton se trouvait au détroit supérieur, au niveau de la branche horizontale du pubis, l'occiput beaucoup plus haut encore, dans la fosse iliaque gauche : pour saisir correctement la tête dans le sens de sa longueur, il aurait fallu pouvoir passer les branches au *dessus* de la cotyloïde gauche : — elles ont donc forcément saisi le crâne par son petit axe, de la grande fontanelle vers le cou, et par conséquent, les tractions exercées tendaient à engager l'occipito-mentonnier (13 1/2 cent.) dans un diamètre oblique rétréci. — La tête a été retenue, et les cuillers l'ont lâchée.

Fallait-il recommencer une opération que je regrettais d'avoir essayée? — Les conditions n'avaient pas changé, une deuxième application n'aurait fait ni autrement ni mieux que la première et j'avais la conviction qu'en un tour de main la version allait nous tirer d'embarras. Et, en effet, aussitôt l'enfant retourné, l'extraction se fait comme par enchantement; il me suffit d'accrocher la mâchoire et de

présenter le bi-pariétal au promonto-pubien pour voir cette tête, rebelle au forceps, tomber au fond du bassin.

D[r] EUGÈNE HUBERT.

LA PERCUSSION DANS LE DIAGNOSTIC DES MALADIES DU CŒUR (1).

Si c'est à un médecin allemand, Avenbrügger, qu'est due l'idée première de la percussion comme méthode de diagnostic, il faut dire que ce sont surtout des médecins français qui sont parvenus à lui donner droit de cité dans la pratique médicale et qui en ont sensiblement étendu les applications. Avenbrügger fit connaître sa découverte dès 1761 ; elle fut assez mal accueillie et subit l'assaut de vives critiques et d'amers sarcasmes. Corvisart, médecin de Napoléon I[er], la reprit en 1808 et la vulgarisa avec succès. Plus tard, Piorry et Laënnec y apportèrent certains perfectionnements : le premier inventa le plessimètre; le second conçut déjà une ébauche du marteau, en ce sens qu'il se servait de son sthétoscope, au lieu du doigt, comme instrument percuteur. A Skoda revient le mérite d'avoir établi la théorie physique des symptômes obtenus par la percussion. Plus tard Wintrich inventa le marteau percuteur tel qu'il est encore employé aujourd'hui.

La méthode d'Avenbrügger fut bientôt quelque peu éclipsée par l'immortelle découverte de l'auscultation par Laënnec. Celle-ci, par la précision des résultats auxquels elle conduit, absorba toute l'attention des médecins praticiens. Tandis que l'auscultation était étudiée d'une façon de plus en plus approfondie et qu'elle donna lieu à des recherches de plus en plus nombreuses, la percussion resta à peu près stationnaire. Il n'est donc pas étonnant que cette dernière méthode fût restreinte à des applications assez limitées, notamment à l'examen des poumons et des organes qui, tels que ceux de la cavité abdominale, ne sont pas susceptibles d'être explorés par l'auscultation.

(1) Causerie faite par l'auteur devant le Syndicat des médecins de la ville de Roubaix.

La perception par l'oreille des bruits du cœur a été un immense progrès dans l'étude des maladies de cet organe. Grâce à l'auscultation, nous en sommes arrivés à faciliter et à préciser singulièrement le diagnostic de ces affections. C'est ici surtout que la percussion a été peu à peu délaissée, au point qu'à l'heure actuelle beaucoup de praticiens négligent totalement ce mode d'exploration. Ce discrédit résulte également de ce fait que les poumons, recouvrant en avant une partie du cœur, altèrent notablement les résultats obtenus par la percussion.

C'est à tort cependant que les médecins s'en tiennent exclusivement à l'auscultation pour l'exploration du cœur. De nombreuses observations cliniques, de même que les recherches autopsiques, prouvent que des lésions valvulaires du cœur peuvent exister sans se traduire par aucun phénomène acoustique. Cela se voit par exemple en cas de faiblesse des contractions cadiaques ; il peut en être de même lorsque l'intégrité d'une valvule d'un orifice supplée plus ou moins aux déformations ou à l'insuffisance des autres valvules de cet orifice. Dans ces circonstances, il arrive parfois que l'oreille ne perçoive aucune anomalie dans les phénomènes sthétoscopiques, alors qu'il existe d'autres signes manifestes d'une affection cardiaque. Quel est le praticien qui n'ait, après aucultation minutieuse, exclu catégoriquement le diagnostic d'une lésion valvulaire et dont les prévisions optimistes n'ont été démenties par une catastrophe, survenant peut-être peu de temps après ? D'autres fois ce sont des troubles de la circulation sanguine, des stases observées dans les organes parenchymateux (foie, poumons, reins) qui doivent manifestement être attribués à un vice du cœur, bien que l'auscultation ne permette pas d'en découvrir la moindre tace.

Or la percussion peut, dans bien des circonstances, conduire à un diagnostic précis, pourvu qu'elle soit pratiquée dans de bonnes conditions et que l'on tienne compte de la physiologie pathologique des maladies du cœur. Deux points vont donc arrêter notre attention : les règles à observer dans l'exploration du cœur par la percussion, — ensuite l'examen des modifications qui se produisent dans un cœur malade.

*
* *

Si l'on percute la région précordiale par les procédés ordinaires, on

arrive à délimiter une région de matité absolue, qui affecte à peu près une forme triangulaire. L'angle supérieur de ce triangle correspond à la jonction de la quatrième côte avec le sternum; le côté droit est parallèle au bord gauche du sternum; le côté inférieur horizontal est assez difficile à tracer; il se confond avec le lobe gauche du foie; l'angle gauche est situé un peu en-dedans de la pointe du cœur; joignez cet angle avec le sommet du triangle par une ligne recourbée à convexité externe et vous aurez à peu près délimité la surface de matité absolue, laquelle mesure environ 8 centimètres carrés.

Il est inutile de démontrer que cette région est beaucoup moins étendue que la surface antérieure du cœur. Une notable portion de cet organe échappe à ce procédé d'exploration. Avec un peu d'attention, on parvient cependant à tracer le long du côté externe du susdit triangle une bande parallèle à ce côté, qui, à la percussion, révèle une matité relative. Mais toute la partie du cœur qui est située derrière et même un peu à droite du sternum n'est pas susceptible d'être délimitée par la percussion habituelle, qui donne dans cette région un bruit franchement sonore. Il ne nous est donc pas possible, dans ces conditions, de tracer les contours organiques du cœur et de nous rendre un compte exact de son volume. Notre méthode de mensuration est donc mauvaise, puis qu'elle ne donne que des résultats erronés ou incomplets.

Quelle est la raison de cet état de choses et y a-t-il moyen de parer aux défectuosités de la percussion ordinaire? Telle est la double question que nous nous proposons d'examiner très succinctement.

Pourquoi la percussion de la partie inférieure du sternum produit-elle un bruit sonore, alors qu'elle recouvre cependant un organe vide d'air? Rappelons quelques points de la théorie physique de la percussion. Lorsqu'on frappe une partie quelconque du corps de petits coups répétés, la partie percutée est ébranlée; elle entre en vibration; cette vibration donne lieu à un bruit, dont les caractères varient suivant diverses circonstances. Les auteurs ont analysé presque à l'infini les caractères de ce bruit produit par la percussion. Tout le monde est d'accord pour reconnaître que ce bruit peut être sonore, tympanique ou mat : la percussion du poumon donne un bruit sonore, celle de l'estomac un bruit tympanique, celle du foie un bruit mat. A côté de

ces caractères on en a distingué d'autres : Skoda a dit que le bruit pouvait être plein ou vide; d'après d'autres il serait haut ou bas, court ou long, etc... Nous n'entrerons pas dans l'examen de ces détails, qui nous conduirait trop loin et qui n'est pas nécessaire pour notre étude actuelle.

Au point de vue de l'exploration du cœur, nous devons nous rappeler que nous nous trouvons en présence d'une cage osseuse, solide, renfermant des organes (les poumons), dont la percussion donne un bruit sonore, et un autre organe (le cœur), dont la percussion produit un bruit mat. Le cœur étant entouré et en partie recouvert en avant par le poumon, il s'agit d'établir la séparation de ces deux organes, pour pouvoir juger de leurs dimensions respectives. Le fait qu'une portion de la face antérieure du cœur est recouverte par une lame pulmonaire rend la délimitation de ces organes assez difficile. Il n'y a pas de ligne de démarcation nette et tranchée entre eux.

Il y a plus : et ceci est très important au point de vue spécial qui nous occupe — ce n'est pas seulement le point très limité que percute notre doigt ou notre marteau qui entre en vibration; les vibrations s'étendent en profondeur, ce qui est nécessaire pour l'exploration des organes profonds; elles s'étendent également en surface, ce qui est plus fâcheux; or cette extension est absolumeut sans utilité et elle fait entrer en jeu un organe voisin de celui qu'on veut observer, de telle sorte que les bruits produits par la vibration des deux organes se confondent plus ou moins.

Cependant, hâtons-nous de le dire, l'extension en surface des vibrations causées par la percussion n'est pas la même, quel que soit l'endroit percuté. En effet, le thorax a été comparé à une cage, dont les barreaux sont représentés par les côtes; le vide laissé entre ces barreaux est rempli par des parties molles, qui sont la peau, les muscles, les aponévroses, etc. Les barreaux sont reliés entre eux, en arrière par la colonne vertébrale, en avant par le sternum.

Or, percutez une des côtes; celle-ci entre en vibration, non seulement au point où elle est frappée, mais même dans une zône plus ou moins étendue suivant la force avec laquelle on percute et suivant la partie de l'os qui est percuté. Les résultats de la percussion costale peuvent donc être plus ou moins altérés par la vibration d'organes

voisins du point d'application du doigt ou du marteau. Si l'on percute une partie correspondante à l'endroit où le cœur commence à être recouvert du poumon, la matité obtenue pourra être plus ou moins masquée par la sonorité résultant de la vibration de la lame pulmonaire voisine.

La percussion des espaces intercostaux est moins défectueuse; la vibration des parties molles se transmet beaucoup moins aux zônes circonvoisines. Mais, d'une part, le résultat de cette percussion est moins clair, moins intense que celui des côtes; ensuite il est difficile de percuter exclusivement ces parties molles qui remplissent les espaces intercostaux; que l'on se serve du doigt ou du plessimètre de Piorry comme intermédiaire, leurs bords touchent toujours plus ou moins les côtes voisines; dès lors se reproduit l'inconvénient dont nous venons de parler.

Si l'on percute le sternum, on fait vibrer cet os dans presque toute son étendue; cette vibration se transmet largement aux côtes qui s'y insèrent; de là cette sonorité intense que l'on obtient, même dans les points qui recouvrent un organe vide d'air comme le cœur. Nulle part la percussion ne donne de résultats plus faux et plus incomplets que celle de toute la région sternale.

Il ne faudrait pas croire que ces considérations soient des vues purement théoriques. Feu le d^r^ Aug. Schott, de Nauheim, a fait de nombreuses recherches sur le cadavre, sur des animaux, sur des os détachés du corps (sternum, côtes). Ces expériences rendent parfaitement compte des différences que nous constatons dans la percussion du sternum, des côtes et des espaces intercostaux (1).

Il résulte de tout ce que venons de dire qu'il est impossible d'obtenir par la percussion, telle qu'elle est pratiquée habituellement, des données précises sur le volume réel du cœur. Est-il possible d'éviter la source d'erreur que nous venons de signaler? Peut-on arriver à fixer les contours organiques du cœur, même dans les points qui sont recouverts par une lame pulmonaire? Il y a longtemps déjà qu'on a cherché à réaliser ce desideratum.

* * *

(1) Aug. Schott. *Beiträge zur physikalischen Diagnostik des Herzens* (Centralbl. f. d. med. Wissenschaften. N° 25-26), 1881.

En 1860, un médecin de Paris, le dr Cros, présentait à l'Académie de médecine un plessimètre d'un nouveau modèle, ainsi que la description d'une nouvelle méthode de percussion (1). Son travail eut peu de retentissement, malgré l'éloge qu'en fit le rapporteur, le dr Piorry. L'innovation proposée ne se répandit que dans un cercle très restreint. Nous même n'en avons eu connaissance que par une circonstance toute fortuite. Et cependant nous croyons que les idées du dr Cros méritaient plus de succès. Il est probable que, si ce médecin avait eu à sa disposition une clinique hospitalière, où il eut pu faire l'application et la démonstration de son procédé, il aurait passé moins inaperçu.

Se basant à peu près sur les mêmes considérations, que nous avons exposées plus haut, notre confrère de Paris a inventé un plessimètre spécial, qui est rectangulaire, n'ayant que 12 millimètres de large sur 5 centimètres de long. Il préfère l'emploi du doigt, au lieu du marteau, comme instrument percuteur. D'après lui, c'est une erreur de croire que, dans la percussion, le sens auditif joue le rôle principal. Les phénomènes de tactilité seraient plus importants. « Ces derniers » fournissent des perceptions très nettes, non seulement en rapport » avec les corps directement frappés, mais encore avec d'autres corps » de structures différentes, sous-jacents à diverses profondeurs.

» Ce n'est pas à dire, ajoute-t-il, que des différences acoustiques » n'accompagnent pas les différences de perceptions tactiles ; mais » pour la percussion profonde ces différences acoustiques deviennent » de plus en plus confuses, tandis que les impressions du tact demeu» rent distinctes et claires et peuvent servir à marquer des points de » délimitation. »

D'après l'auteur, cette percussion n'est pas le fait du seul sens tactile. « Pour être plus précis, fait il remarquer, nous devrions dire » de deux sens externes, *tact* proprement dit et *sens musculaire* con» courant aux actes du toucher. C'est le sens musculaire surtout qui » perçoit les réactions profondes du choc (2). »

(1) Dr Cros. *Sur un progrès réalisé dans l'étude et la pratique de la percussion par une modification du plessimètre.* Mémoire lu devant l'Académie de médecine de Paris, le 25 octobre 1860.

(2) A. Cros *L'organographie plessimétrique.* Paris. J. B. Baillière, 1884, p. 12 et 13.

Par sa méthode de percussion, le dr Cros prétend être à même de délimiter les contours des poumons, du cœur, des gros vaisseaux et de tous les organes thoraciques, non seulement à la face antérieure de la poitrine, mais même à sa face postérieure. Nous avons sous les yeux plusieurs tracés graphiques, publiés dans son mémoire, sur lesquels nous trouvons la reproduction des projections qu'il a obtenues des organes internes. Il y a plus : il cite un fait, où il a pu, par la seule percussion, fixer la situation d'un abcès pulmonaire, que d'habiles praticiens n'étaient pas parvenus à atteindre par leur trocart. L'exactitude de son diagnostic fut démontrée par le succès de la ponction au point qu'il avait indiqué.

Nous devons à la vérité de dire qu'il nous a été impossible d'arriver aux résultats annoncés par notre collègue. Nous nous sommes cependant servi du plessimètre, que lui-même a bien voulu nous envoyer ; nous avons le plus fidèlement possible observé les règles qu'il expose dans ses ouvrages sur l'application de sa méthode. Peut-être notre *modus faciendi* laissait-il à désirer ; peut-être notre sensibilité tactile et musculaire n'est-elle pas assez déliée. Quoi qu'il en soit, il est indéniable que le plessimètre du dr Cros a du bon ; il nous rend encore journellement service dans la pratique, particulièrement pour la percussion des espaces intercostaux. Mais pour obtenir ces sensations tactiles, auxquelles il attache une grande importance, nous préférons le doigt au plessimètre comme intermédiaire de percussion.

Il y a une douzaine d'années, le dr Auguste Schott, de Nauheim, publia un travail auquel nous avons déjà fait allusion plus haut et dans lequel il faisait connaître un procédé qu'il avait imaginé pour obtenir des résultats plus précis et plus exacts de la percussion (1). C'est dans cette publication qu'il expose les expériences, à l'aide desquelles il a établi le rôle des vibrations et de leur extension dans la production des phénomènes de percussion. Pour obvier aux inconvénients de cette propagation des vibrations aux organes voisins de l'endroit percuté, il cherche à empêcher cette propagation. A cet effet, il applique trois doigts de la main gauche sur le thorax ; il percute le doigt du milieu, tandis que, à l'aide des deux autres, il exerce une

(1) Beitraege zur physikalischen Diagnostik des Herzens.

pression aussi forte que possible afin d'immobiliser les parties voisines. Ainsi quand il veut explorer la région sternale, il applique le médius sur le sternum, parallèlement à la longueur de cet os, tandis que l'index et l'annulaire appuient fortement sur les cartilages costaux, parallèlement aux bords du sternum. La percussion se fait sur le médius; les deux autres doigts doivent immobiliser les cartilages costaux et les côtes elles-mêmes, de façon à empêcher ces parties dures de consonner avec la vibration du sternum. Pour ceux qui préfèrent se servir du plessimètre, le dr Schott en a construit un d'une forme spéciale; c'est une plaque en caoutchouc durci, longue de 6 centimètres, large de 15 millimètres, munie de 4 prolongements parallèles en forme de dents de peigne; ces prolongements sont également aplatis, ont 4 centimètres de long sur 1 centimètre de large. Les deux dents du milieu sont percutées, tandis que les deux latérales servent à être pressées pour immobiliser les parties voisines du point percuté. L'auteur prétend que par l'application de sa méthode à la percussion du sternum, on peut à volonté modifier le bruit obtenu et le rendre tour à tour mat ou sonore, selon que l'on détermine ou qu'on cesse la pression latérale sur les doigts ou les dents de son plessimètre.

Nous devons avouer que cette fois-ci encore les résultats n'ont pas répondu à notre attente. Nous avons répété nos essais très souvent, sur le malade et sur l'homme sain, à l'aide des doigts et avec le plessimètre spécial du dr Schott. Il nous a été impossible d'empêcher, par la pression latérale, la propagation en surface des vibrations du sternum. L'an dernier, nous faisions un séjour à Nauheim; le dr Théod. Schott, frère de l'inventeur de ce procédé de percussion, voulut bien réunir quelques malades dans son cabinet de consultation, afin de nous rendre témoin des effets de sa méthode de gymnastique dans les maladies du cœur et en même temps exécuter devant nous la percussion avec pression latérale. Mais nous n'avons pas été convaincu. Il est bien vrai que notre confrère de Nauheim traça sur les différents malades examinés des limites cardiaques plus grandes que celles obtenues par la percussion ordinaire. Mais notre oreille ne parvint pas à percevoir les signes à l'aide desquels ce tracé avait été obtenu.

Une méthode beaucoup plus simple et tout aussi rationnelle de pratiquer la percussion en évitant les vibrations circonvoisines consiste

dans la percussion faible. Ce procédé n'est pas de nous; il n'est même pas neuf. Il était déjà préconisé en 1876 par le dr Ebstein sous le nom de « *palpatorische Percussion* (1). » Il ressemble singulièrement à celui du dr Cros, en ce sens qu'il attache une grande importance aux sensations tactiles; mais il en diffère par ce qu'il nécessite une percussion faible et qu'il se pratique de préférence à l'aide du doigt et non du plessimètre. Notre savant collègue et ami, le prof. Verriest, emploie presque exclusivement la percussion faible dans l'exploration clinique des malades. Dans le cabinet du dr Schott, nous avons rencontré le dr Petersson, professeur de clinique médicale à Upsala; c'est lui qui nous a fait comprendre et toucher du doigt les grands avantages de la percussion faible pour l'examen physique du cœur.

Cependant ce procédé est peu connu, et surtout peu employé. Même dans les traités de propédeutique les mieux faits, nous n'en trouvons qu'une mention écourtée et il semble qu'on lui accorde peu d'importance, principalement pour le diagnostic des maladies du cœur.

Et cependant cette méthode est des plus rationnelles. Il suffit pour s'en convaincre de se rappeler ce que nous avons dit de l'influence des vibrations secondaires sur les résultats de la percussion ordinaire. Il est évident que plus la percussion est forte, plus la vibration produite s'étendra loin; plus la percussion est faible, plus la vibration sera limitée. Il y a toute une échelle de nuances d'intensité de percussion. Il faut tâcher d'arriver à trouver le degré voulu pour obtenir un bruit assez fort pour qu'il soit perceptible par l'oreille, assez léger pour qu'il ne s'accompagne pas de bruits secondaires. Cette recherche n'est pas si difficile qu'elle pourrait le paraître de prime abord. Le doigt, aussi bien que l'oreille, acquièrent assez rapidement la délicatesse voulue pour la mise en œuvre de cette méthode.

Les résultats en sont des plus précis. Le dr Petersson nous a affirmé avoir plusieurs fois fait des recherches sur le cadavre. Les limites obtenues par la percussion faible étaient tracées par des aiguilles enfoncées profondément dans les tissus. L'ouverture de la cage thoracique démontrait presque toujours la rigoureuse concordance des résultats de la percussion avec les limites réelles du cœur.

(1) Ebstein. *Zur Lehre von der Herzpercussion.* Berlin. Klin Wochenschrift, N° 35. 1876.

Nous ne discuterons pas la question de savoir s'il faut préférer le doigt, le plessimètre ou le marteau dans la pratique de cette percussion. Chaque médecin a généralement sa préférence, qu'il est difficile de critiquer ou de défendre. Pour nous, nous recourons généralement au doigt plutôt qu'au plessimètre comme intermédiaire, au marteau plutôt qu'au doigt comme instrument percuteur.

Des règles plus précises peuvent être posées au point de vue du modus faciendi. Il convient, pensons-nous, de commencer par percuter les parties des poumons qui entourent le cœur et de descendre graduellement, pas à pas, jusqu'à la ligne où commence la limite de la matité cardiaque. En prêtant une grande attention, on arrive assez facilement à trouver cette limite que l'on marque au crayon dermographe. S'il y a quelque doute on procède en sens inverse, en commençant par la région franchement mate pour arriver peu à peu à la région tout à fait sonore. On peut, par exemple, suivre d'abord une ligne parallèle au bord gauche du sternum pour marquer ainsi un point correspondant à peu près à la base du cœur; puis on part d'un point situé à droite du sternum vers la 4e ou 5e côte, on se dirige horizontalement vers la ligne médiane, et on trouve le commencement de la matité cardiaque un peu à droite du sternum; ensuite on suit une ligne oblique de haut en bas et de droite à gauche, de manière à marquer le point intermédiaire entre les deux précédents; on continue de la sorte jusqu'à ce qu'on ait marqué une série de points, que l'on réunit par une ligne courbe, représentant assez exactement les limites organiques du cœur. Nous n'hésitons pas à dire qu'en procédant de cette façon, on arrive assez facilement à des résultats précis, même si la lame pulmonaire qui recouvre le cœur est emphysémateuse. Il est aisé de se convaincre de l'exactitude de son tracé dermographique, en constatant qu'il n'est pas influencé par les profonds mouvements d'inspiration.

De ces considérations nous croyons pouvoir conclure à la possibilité de délimiter les contours anatomiques du cœur à l'aide de la percussion. Il nous reste à démontrer l'utilité de cette délimitation au point de vue du diagnostic des affections cardiaques.

*
* *

Lorsqu'il existe une lésion valvulaire du cœur — c'est surtout de

ce genre de maladie que nous voulons nous occuper — il peut très bien se faire que cette anomalie ne donne lieu à aucun trouble dans la circulation du sang. Si la lésion est peu importante et si le muscle cardiaque est doué d'une énergie suffisante, l'obstacle qui entrave le passage du sang d'une cavité à l'autre peut être surmonté par la contraction des parois ventriculaires ou auriculaires. Mais, si la lésion valvulaire est importante ou si, pour n'importe quelle raison, le cœur perd de son énergie absolue ou relative, il se produit ce que nous appelons un trouble de compensation; dès lors le volume du cœur pourra être modifié.

Qu'il y ait insuffisance ou rétrécissement d'un orifice cardiaque, du moment que le passage du sang d'une cavité dans la cavité voisine est plus ou moins troublé, l'une ou l'autre de ces cavités doit nécessairement renfermer un excès de liquide et se dilater proportionnellement à l'excès de son contenu. Prenez par exemple une insuffisance mitrale, la plus fréquente des lésions valvulaires, à chaque systole ventriculaire un peu de sang est refoulé dans l'oreillette gauche; d'autre part la quantité de sang arrivant dans celle-ci n'étant pas modifiée, il y aura pléthore de cette cavité. La même chose se produit, mais par un mécanisme différent, en cas de rétrécissement mitral; ici c'est l'oreillette gauche qui ne parvient pas en se contractant à se débarrasser de tout son contenu, d'où encore une fois accumulation du liquide sanguin dans cette cavité. Nous pourrions ainsi examiner successivement chaque orifice cardiaque, nous verrions les mêmes phénomènes se produire.

Il ne faut pas croire que cette augmentation du sang dans une cavité reste limitée à celle-ci. Les rapports entre les différentes cavités du cœur sont tellement étroits qu'il est impossible que les modifications anatomiques ou fonctionnelles de l'une d'elles ne retentissent pas dans un délai plus ou moins court sur les autres. Traube (1) et Weil (2) ont démontré depuis longtemps que, dans l'insuffisance mitrale, la dilatation ne se borne pas au cœur droit, mais qu'elle s'étend

(1) Traube. *Gesammelte Beiträge zur Pathologie und Physiologie.* 1878. — Traube. *Die Symptome der Krankheiten der Respirations — und Circulations Apparates.* Berlin 1867.

(2) Weil. *Handbuch und Atlas der topographischen Percussion.* 2 Aufl. 1880.

très souvent au ventricule gauche. Pour peu que la lésion valvulaire soit ancienne ou qu'elle ait une certaine importance, on verra bientôt tout le cœur subir son influence délétère. Il arrive presque toujours que l'organe entier augmente plus ou moins de volume, c'est-à-dire que toutes ses cavités se dilatent à un degré plus ou moins prononcé.

Dans la plupart des cas, il est possible, à la vérité, de découvrir la lésion valvulaire rien que par l'auscultation, qui révèle soit des modifications des bruits normaux, soit l'existence de bruits anormaux. Mais, nous l'avons dit, il se peut que la lésoin ne soit pas très considérable ou qu'elle ne soit que partielle; d'autres fois par suite de l'affaiblissement ou de la dégénérescence des fibres musculaires du cœur, les contractions de cet organe peuvent ne pas avoir assez d'énergie pour faire percevoir à l'oreille des bruits anormaux. Dans ces circonstances, il arrive que l'auscultation ne donne aucun résultat.

La percussion exacte du cœur n'est influencée par aucun facteur secondaire. Elle démontre une augmentation du volume de l'organe, quel que soit le degré ou l'étendue de la lésion valvulaire, du moment qu'il y a trouble de compensation et par suite rupture d'équilibre sanguin entre les différentes cavités. Ses constatations ne sont pas moindres si les contractions cardiaques sont faibles; au contraire c'est alors surtout qu'elle nous fournit des données précieuses; car c'est alors surtout que les cavités du cœur se laissent dilater et donnent lieu à une augmentation de la zône de matité.

Il est bien vrai que la percussion ne prouve, somme toute, qu'une seule chose, c'est l'existence d'une augmentation de volume du cœur. Mais c'est là précisément une constatation extrêmement importante. Elle permet souvent, en tenant compte des autres symptômes morbides existant dans l'appareil circulatoire ou ailleurs, de poser le diagnostic de lésion valvulaire. D'autres fois elle décèlera le commencement d'un simple affaiblissement cardiaque — ce que les Anglais ont si bien nommé le *weakened heart*; dans d'autres cas, elle fera reconnaître l'existence d'une hypertrophie, d'un épanchement péricarditique, etc.

Nous estimons donc que la percussion mérite d'être remise en honneur dans l'exploration clinique du cœur. Elle sera d'un grand secours dans les cas douteux; elle mettra souvent le praticien sur la piste

d'une maladie organique, qui lui échapperait s'il s'en tenait exclusivement à l'auscultation comme moyen de diagnostic.

Ajoutons, pour terminer, que cette percussion peut même rendre de grands services au point de vue du pronostic. Chaque fois que l'on constatera par la percussion que le volume du cœur ne diminue pas à la suite de l'emploi d'une thérapeutique rationnelle (administration de la digitale, du strophantus, application de la balnéothérapie, de la gymnastique médicale), on peut presque sûrement porter un pronostic fâcheux; au contraire, les prévisions seront d'autant plus favorables, que les résultats immédiats de ces médications auront été plus marqués et plus rapides. Dr MŒLLER.

LA RÉVULSION DANS LE TRAITEMENT DES NEUROPATHIES.

Sous ce titre, le prof. Van Lair publie, dans les *Annales de la Soc. méd. chirurg. de Liége*, un intéressant essai de réhabilitation de la méthode révulsive, la plus ancienne peut-être de toutes, qui est tombée depuis une vingtaine d'années dans un discrédit relatif.

La cause de ce discrédit doit être cherchée dans l'impossibilité apparente de concilier la puissance curative des dérivatifs avec les données de la pathologie cellulaire, alors que la médication révulsive avait été inspirée naguère par les théories surannées de la médecine humorale.

Mais, comme le fait remarquer l'auteur, un traitement ne saurait être condamné par cela seul qu'il se trouve en désaccord avec les doctrines scientifiques régnantes. Quand une pratique séculaire a consacré l'utilité d'un remède, il ne suffit point, pour le faire rejeter, de démontrer que l'action qu'on lui prête repose sur des bases physiologiques incertaines ou erronées.

Un exemple probant est fourni par la médication évacuante :

Lorsque les anciens administraient un purgatif, ils entendaient éliminer directement par là les matières peccantes de l'organisme. On sait aujourd'hui que tel n'est pas leur rôle, au moins dans la grande majorité des cas, et néanmoins les évacuants jouissent actuellement encore d'une faveur méritée. Chose d'ailleurs singulière, la proscription dont se trouvent frappés les agents révulsifs ne s'est pas étendue — au contraire — à certaines pratiques qui, il faut bien le dire, rentrent manifestement dans cette catégorie : l'hydrothérapie et la faradisation.

Le prof. Van Lair cherche ensuite à appuyer sur des données scientifiques l'utilité de la médication révulsive.

Il existe une foule de localisations morbides aiguës et chroniques rebelles à tous les agents de la pharmacopée moderne. Faut-il donc, en semblable occurrence, se cantonner dans une désolante expectative? Ne vaut-il pas mieux alors, suivant le vieil adage, tenter l'application d'un remède dont l'expérience a démontré la parfaite innocuité, alors même qu'il ne compterait à son actif qu'un nombre restreint de guérisons?

Il est vrai que la révulsion ne va pas sans douleur. Mais outre que l'on peut toujours user chez les sujets pusillanimes d'artifices propres à atténuer leur souffrance, il arrive le plus souvent que cette douleur elle-même contribue à l'efficacité du traitement. Ici encore le patient s'imagine que la douleur provoquée *attire* le mal au dehors; il se persuade aisément — à tort ou à raison — qu'un remède qui lui fait beaucoup de mal doit lui faire aussi beaucoup de bien.

Pour certains individus la douleur paraît même constituer une condition *sine qua non* du succès de la médication. Chez eux, l'anesthésiation préalable annihile les effets de la révulsion.

Le d[r] de Beaufort a cité le fait instructif d'une malade, fréquemment atteinte de congestions bronchiques, qui voyait la crise se résoudre par l'application d'un vésicatoire, dès l'instant où celui-ci commençait à produire de la douleur, et qui n'éprouvait aucun soulagement, chaque fois que l'on insensibilisait la peau avant l'application du vésicatoire.

C'est là un des côtés avantageux de la révulsion : *l'influence psychique*, mais des recherches, la plupart récentes, ont établi également sur des *bases physiologiques* le bénéfice de la révulsion.

Ainsi, on a démontré que les irritations portant sur la surface cutanée sont susceptibles de modifier dans une large mesure l'état du système nerveux, la circulation locale et générale et même les échanges nutritifs. Suivant que l'on envisage leurs effets locaux ou généraux, ou bien telle ou telle phase de leur application, on les voit dilater ou rétrécir les vaisseaux, exciter ou déprimer la fonction nerveuse, élever ou abaisser la température et dans tous les cas activer la résorption des résidus organiques.

Une irritation *modérée* détermine par voie réflexe la contraction des artères périphériques avec élévation consécutive de la pression sanguine et progression plus rapide du sang dans les vaisseaux. Ces phénomènes toutefois sont de courte durée. A la suite d'une excitation *intense*, on commence par observer les mêmes changements circulatoires; mais bientôt il s'établit une réaction en sens inverse qui se maintient longtemps encore après que l'irritation a cessé. D'autre part, il se manifesterait, d'après François-Franck, une remarquable opposition entre les troubles vasomoteurs locaux et ceux de la circulation générale. Les premiers se caractériseraient par une dilatation non

paralytique, mais active des vaisseaux de la zone irritée et même beaucoup au delà des limites de cette dernière; les seconds par une constriction vasculaire s'étendant à toute la masse viscérale. Il se produit donc là une véritable *dérivation*, dont le résultat immédiat se traduit par une décongestion des organes intermes.

Comme le dit le prof. Van Lair, il est curieux de voir ainsi les investigations modernes légitimer les pratiques anciennes; il signale encore une autre conséquence du déplacement de la masse sanguine provoqué par la révulsion; par suite de l'irrigation plus active des parenchymes, ceux-ci se débarrassent plus facilement de leurs produits de décomposition, en même temps qu'il se fait un apport plus considérable de matériaux réparateurs. De là, l'influence favorable exercée par le révulsif sur la résolution des exsudats. La diapédèse leucocytique intense que suscitent certains irritants tels que la teinture d'iode, le séton et le cautère, n'est pas non plus sans contribuer à cette épuration des tissus.

D'après certaines observations, on constaterait en outre, parmi les effets de la révulsion, un abaissement plus ou moins marqué de la température interne, causé sans doute par l'anémie des tissus profonds.

Enfin, d'ordinaire, au lieu d'application, on voit les téguments perdre une partie de leur sensibilité, circonstance qui n'est peut-être pas étrangère au succès de la médication dans le traitement des affections douloureuses.

L'auteur passe ensuite aux *indications de la méthode révulsive;* elles découlent naturellement des données précédentes; pour le dire en général, la médication révulsive constituera une ressource précieuse toutes les fois qu'il s'agira de combattre les hyperémies actives ou passives des organes profonds, les exsudats liquides ou solides, certaines néoplasies et certaines dégénérescences, l'asthénie cardiaque avec ou sans lésion, ainsi que toute une série d'affections douloureuses se rattachant ou non à un processus congestif ou inflammatoire.

L'efficacité des révulsifs ne se borne pas aux états hypérémiques ou modérément inflammatoires; elle s'étend même aux processus suppuratifs; d'après des recherches récentes, lorsque, dans un organisme atteint d'un processus suppuratif, on en provoque un autre de plus grande intensité dans un endroit plus ou moins éloigné, l'on voit par suite d'une exagération de l'activité chimiotaxique dans cette dernière circonscription, les leucocytes abandonner le premier point pour se diriger vers le second.

Parmi les états morbides justiciables de la médication révulsive, le prof. Van Lair signale tout particulièrement *les altérations de l'appareil nerveux central et périphérique.*

Dans l'ordre expérimental, Schueller et Mosler ont constaté *de*

visu, au moyen de la trépanation, l'action anémiante exercée sur la pie-mère par le sinapisme et le vésicatoire.

Dans le domaine clinique, on ne compte déjà plus les observations propres à démontrer l'influence favorable des irritations tégumentaires *spontanées* sur des accidents nerveux réputés incurables. Maintes fois il est arrivé qu'une éruption furonculeuse ou anthracique, un érysipèle, un processus ulcératif externe, une suppuration locale quelconque ont amendé ou même guéri ces accidents

Charcot et Feré n'ont pas hésité devant une large utilisation de la méthode révulsive dans une série de maladies réputées pour inguérissables et ils ont ainsi obtenu des résultats encourageants; le prof. Van Lair lui-même a eu l'occasion de recourir aux pointes de feu et au cautère dans le traitement du tabes, et plus d'une fois il a réussi à faire disparaître par là les accidents les plus pénibles de cette redoutable affection, sans même qu'il eût été besoin de recourir aux procédés moins pratiques de l'hydrothérapie et de l'électrisation.

Il analyse ensuite un travail étendu du dr Erlenmeyer ; cet auteur a cherché à fixer par des observations nouvelles et précises la valeur névrothérapique de la révulsion chirurgicale, et il a étudié comparativement les principaux révulsifs. Avant tout un précepte particulièrement important pour l'application des révulsifs, c'est d'agir directement, non pas sur le *locus doloris*, mais sur le *locus morbi*.

1° *Badigeonnages iodés*. Entre les mains d'Erlenmeyer, ils ont eu raison d'une quantité d'affections douloureuses : *névralgies ou souffrances névralgiformes aiguës ou chroniques*, viscérales ou non, surtout quand elles reconnaissent une origine rhumatismale. Elles agissent aussi très favorablement sur les périneurites et les pachyméningites chroniques.

On sait que l'irritation iodique de la peau provoque non-seulement un afflux sanguin intense vers la surface cutanée, mais encore une émigration globulaire tout à fait semblable à celle que Vulpian a constatée naguère dans l'érysipèle spontané. Cette double action de l'iode à laquelle il faudrait peut-être ajouter la destruction du protoplasma des cellules vivantes consécutive à l'absorption éventuelle du médicament, rend suffisamment compte de ses effets favorables. — Pour les obtenir dans toute leur plénitude, il faudrait employer, d'après l'auteur, non la teinture officinale qu'il considère comme trop anodine, mais une solution renforcée dont voici la formule :

R. Iodi puri Kalii iodati	aa 1,0
Aq. dest.,	2,5
Tinct. iodi	15,0

On ne voit pas trop bien, fait observer le prof. Van Lair, l'opportunité de cette modification — qui nécessite tout au moins une prescription spéciale — alors que la teinture du Codex possède en réalité toute l'activité désirable. Mais il n'en est pas de même d'une préparation nouvelle, le papier iodogène d'Eymonnet, que recommande la simplicité de son emploi et dont l'effet irritant est directement en rapport avec la durée d'application du topique.

2° *Ventouses sèches*. Elles trouvent leur indication la plus fréquente dans les *affections rhumatismales douloureuses*, notamment dans le lombago. Il s'agit là d'un fait tellement connu qu'il était à peine utile de le mentionner.

Les ventouses ont également servi à Erlenmeyer à faire disparaître des accidents intenses d'hyperémie médullaire résultant chez l'un de ses malades d'une chute sur le dos, chez l'autre d'une pléthore abdominale.

L'explication physiologique de ces guérisons semble devoir être cherchée, d'après l'auteur, dans l'excitation des terminaisons nerveuses par la distension directe du tégument, dans l'irritation des mêmes filets cutanés par l'extravasation interstitielle, dans la vésication que produisent les ventouses fortement et longuement appliquées, enfin dans la spoliation représentée par le sang extravasé, laquelle peut être évaluée à 60 c. c. de sang pour une trentaine de ventouses.

3° *Vésicatoires*. En raison de la contraction énergique et persistante qu'ils déterminent dans les vaisseaux de la pie-mère et du cerveau, le *vésicatoire* (entretenu ou non) ou bien le collodion cantharidé appliqués soit à la nuque, soit sur le cuir chevelu, seront nettement indiqués dans tous les *processus hyperémiques et inflammatoires des organes intracrâniens*, notamment dans la méningite aiguë ordinaire et dans les accidents congestifs si communs chez les aliénés. Erlenmeyer cite à ce propos des exemples remarquables qui ne laissent aucun doute sur leur efficacité.

4° *Pointes de feu*. Elles ont rendu de tout temps d'éminents services dans le traitement des *névralgies* de tout genre et de toute localisation.

Appliquées au niveau des régions malades du névraxe, elles font disparaître aussi les accidents douloureux du *tabes*. Elles seront posées à droite et à gauche de la crête apophysaire, tantôt dans la zone inféro-dorsale et supéro-lombaire lorsque les élancements se font sentir dans les extrémités abdominales, tantôt au niveau du segment cervical inférieur et dorsal supérieur, si le malade accuse des douleurs brachiales, tantôt enfin sur la colonne dorsale dans le cas de douleurs en ceinture

Mais on peut affirmer que les effets avantageux de l'ignipuncture

ne se bornent pas à cette action sédative. Il est bien certain que la plupart des accidents tabétiques à localisation médullaire sont également justiciables, bien qu'à un moindre degré, de la cautérisation actuelle. Rappelons aussi que Feré a préconisé ce genre de révulsion dans le traitement de l'*épilepsie*, et que, plus récemment, Kalindéro est parvenu en deux circonstances à faire cesser les *troubles astaso-abasiques* par des applications réitérées du *ferrum caudens* sur la colonne vertébrale.

Erlenmeyer n'est pas éloigné de penser que dans l'ensemble de ces cas l'impression psychique produite par la vue du fer chauffé à blanc n'est pas tout à fait étrangère au succès de la médication. Quant à l'objection tirée de la douleur inhérente à ce genre de révulsion, elle est devenue inopérante depuis que l'on possède dans le stypage ou le spray de chlorure de méthyle ou de bromure d'éthyle — combinés ou non aux injections de morphine et de cocaïne — un moyen très pratique et très sûr d'anesthésier les surfaces.

5° *Séton.* Au point de vue de son mécanisme thérapeutique, le *séton* se comporterait à la façon de la teinture d'iode. Il provoquerait ainsi qu'elle une inflammation intense de la peau en même temps qu'une leucocytie locale; seulement les effets en seraient à la fois plus tardifs et plus durables. L'influence du séton ne commence véritablement à se manifester qu'à partir du moment où la suppuration s'établit, le traumatisme étant insuffisant par lui-même pour amener une révulsion effective. Par contre, elle se maintient aussi longtemps que persiste l'écoulement du pus.

Erlenmeyer a obtenu des résultats satisfaisants dans les *congestions cérébrales* et les *inflammations intracrâniennes chroniques.* Dans ces cas, c'est naturellement à la nuque que l'on applique le séton, après une insensibilisation préalable de la partie, et l'on doit l'entretenir au moins pendant plusieurs mois.

L'effet curatif a été nul dans les épilepsies essentielles, mais au contraire remarquablement avantageux dans *certaines épilepsies symptomatiques :* celles, par exemple, où l'on pouvait constater un état hyperémique du cerveau ou un certain degré d'irritation méningitique déterminés par un traumatisme, par l'influenza, par l'intoxication nicotique. D'autres épilepsies traumatiques ou provoquées par l'excitation sexuelle de la puberté se sont montrés réfractaires au traitement. *Des hystéries masculines* avec symptômes congestifs, des *affections syphilitiques de l'encéphale,* des *périencéphalites chroniques* et même *certaines psychoses,* entre autres la manie périodique, se sont notablement amendées sous l'influence du séton.

6° *Pommade stibiée.* A la pommade stibiée, Erlenmeyer préfère l'*unguentum acre*, moins douloureux, dont voici la formule :

R. Sublimat. corros.
Cantharid. pulv, } aa 1
Liq. stib. chlorat.
Unguent. basilic. 4.

La pommade stibiée ou son succédané est considérée à juste titre comme un remède efficace contre les *méningites*, aiguës, sub aiguës et chroniques de diverse nature ; les essais cliniques de Ludwig Meyer ont montré que la *paralysie générale* elle-même pouvait être guérie dans certains cas par les frictions stibiées ; d'autres ont combattu avec succès, par le même moyen, des *psychoses non paralytiques* ; cette médication serait surtout efficace dans les cas de manie et de mélancolie à tendance chronique, alors que l'état de démence devient imminent.

Erlenmeyer a élargi à son tour le domaine thérapeutique des frictions stibiées en les appliquant au traitement de *certaines localisations cérébrales indéterminées* quant à leur nature, mais paraissant occuper la zone psychomotrice La pustulation a fait disparaître ici en quelques jours les accidents convulsifs.

Le lieu d'application dépendra naturellement du siège de la lésion. Tantôt on fera les frictions sur le sommet du crâne, tantôt sur la portion bregmatique, tantôt sur la région psycho-motrice. On aura soin, dans tous les cas, de circonscrire son action au moyen d'un diaphragme de sparadrap ou de carton.

Il se conçoit aisément qu'un remède aussi énergique ait le pouvoir de modifier profondément la circulation du cerveau. Il détermine en effet non pas seulement une irritation locale plus violente que celle d'un érysipèle, mais encore une réaction fébrile intense et prolongée. Celle-ci entraîne une irrigation plus active des tissus et favorise par là même l'élimination des produits d'oxydation du cerveau ; elle provoque en outre une anémie générale dont la conséquence est de ramener les vaisseaux encéphaliques à leur calibre normal.

Le prof. Van Lair signale quelques autres procédés de révulsion également très recommandables, passés sous silence par Erlenmeyer : les *onctions crotonisées*, combinées ou non à l'*acupuncture*, les *ventouses scarifiées*, la *cautérisation potentielle*, la *réfrigération par le chlorure de méthyle (ou par le coryl)*, et il termine par cette conclusion que la révulsion chirurgicale est appelée à rendre les plus grands services dans le traitement des affections neuro-cérébrales ; qu'elle réussit à amender et même à guérir des maladies réputées incurables ; qu'on ne saurait en conséquence se dispenser d'y recourir toutes les fois que

l'on se trouvera en présence d'un de ces cas, et cela sans attendre que l'on ait épuisé toutes les ressources de la thérapeutique interne.

L.

—

HYSTÉRIE SIMULATRICE DES MALADIES ORGANIQUES DE L'ENCÉPHALE CHEZ LES ENFANTS.

L'hystérie chez l'enfant mérite d'être mieux connue, car elle peut simuler la plupart des affections organiques de l'encéphale; c'est la particularité que le dr Bardol a cherché à faire ressortir dans sa thèse.

Parmi les maladies de l'encéphale avec lésions en foyer, l'*hémiplégie spasmodique infantile*, est une des plus curieuses; elle est remarquable par certaines lésions de l'écorce cérébrale accompagnées d'une hémiplégie spéciale avec attaques convulsives au début, arrêt de développement avec atrophie des os et des muscles du côté paralysé, contracture avec déformation prononcée des membres, l'hémichorée et l'hémithéthose, les troubles de la sensibilité, les attaques épileptiformes, les troubles intellectuels et l'aphasie. Or tous ces symptômes, l'hystérie peut les simuler jusqu'à un certain point. Il est bien entendu que le diagnostic n'est pas difficile pour les cas extrêmes, mais c'est pour les cas atténués que la difficulté se produit.

Les convulsions épileptiformes peuvent se montrer, on le sait, dans l'hystérie, mais en outre on a démontré l'existence d'accidents hystériques simulant *l'épilepsie partielle* et pouvant faire croire à une lésion limitée de l'écorce cérébrale.

Les accès de cette fausse épilepsie se montrent d'ordinaire par séries; tantôt l'épilepsie partielle d'origine hystérique affecte la forme hémiplégique, tantôt la forme monoplégique, par exemple le monospasme facial; on reconnaîtra l'hystérie, si la température reste normale, si les accès ne sont pas suivis de paralysie, si enfin il n'y a pas de déchéance cérébrale et vitale.

Les contractures et les paralysies d'origine corticale peuvent être simulées encore par de l'hystérie; les paralysies sont surtout fréquentes.

C'est surtout la considération de la forme et des caractères de l'anesthésie qui fournit les éléments principaux du diagnostic. Tandis que cette anesthésie fait défaut dans les paralysies corticales, elle atteint dans les paralysies hystériques, non seulement la peau, mais les parties profondes, elle se manifeste également pour tous les modes de sensibilité et s'accompagne de la perte du sens musculaire. La distribution est pathognomonique, car elle se répartit d'une façon très régulière en occupant exclusivement le membre ou le segment du membre paralysé et elle se termine par des lignes nettement circulaires qui sont perpendiculaires au grand axe du membre

Néanmoins, le diagnostic est souvent fort difficile, surtout chez les enfants, pour qui les paralysies et les contractures sont souvent les premières, les seules manifestations de l'hystérie.

L'aphasie hystérique est très rare chez les enfants : il en est de même des symptômes protubérantiels que peut simuler l'hystérie ; pour être rares aussi, les faits *d'amaurose* hystérique n'en méritent pas moins une sérieuse attention, car il y a des cas embarrassants au point de vue du diagnostic.

Le seul trouble hystérique des muscles de l'œil qui puisse prêter à confusion est le *ptosis pseudo-paralytique*; cette forme intéresse particulièrement l'enfance et peut faire croire à la rigueur à des lésions méningitiques.

Outre les phénomènes hystériques simulant des lésions organiques localisées, il y en a d'autres qui simulent des maladies provenant de lésions disséminées : le type de ces maladies est la *méningite* soit aiguë, soit chronique.

De fait, l'hystérie peut simuler presque tous les accidents de la méningite aiguë ; aussi y a-t-il intérêt à insister sur quelques éléments du diagnostic différentiel.

Un premier appoint est fourni par les caractères de la *céphalalgie hystérique* qui se montre sous forme de *crises* et qui coïncide avec la présence de *zones hystérogènes* du cuir chevelu. La constatation de ces zones, faite en dehors des crises, est d'une grande valeur pour le diagnostic.

M. le professeur Pitres, tout en admettant que la fièvre est possible dans la pseudo-méningite hystérique, considère cette fièvre comme une grande exception ; le pouls, dit-il, peut s'y rencontrer ralenti ou accéléré ; *on ne l'a jamais trouvé irrégulier* comme dans la méningite vraie. Le pouls et la fièvre conservent donc malgré tout une importance séméiologique de premier ordre.

Si l'on ajoute à cela que la pseudo-méningite hystérique procède par *crises et soubresauts* dans sa marche, que les *antécédents* du sujet et la recherche des *stigmates* donnent souvent des résultats positifs à celui qui soupçonne la névrose, on aura réuni un nombre suffisant d'éléments pour permettre l'affirmation certaine du diagnostic.

L.

DU PRONOSTIC DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE D'APRÈS LA FIÈVRE, LE POIDS DU CORPS ET LA FRÉQUENCE DU POULS.

Un article intéressant du dr Strümpell, analysé dans le *Progrès médical*, s'est occupé d'établir la signification pronostique que l'on peut tirer de la fièvre dans la tuberculose pulmonaire.

D'abord, dans un certain nombre de cas, la tuberculose pulmonaire évolue sans qu'on puisse constater, malgré des explorations multipliées (au moins 3 fois par jour), aucune trace d'élévation thermique. Il semble donc que la fièvre soit due moins au bacille de Koch qu'à des infections secondaires (streptocoques, staphylocoques, etc.).

Lorsque, des années durant, la maladie demeure apyrétique, elle reste presque toujours à un état stationnaire, ou du moins ne progresse que fort lentement.

En dehors de toute complication (pleurésie, hémoptysie, etc.) capable d'influer sur la température, on peut, d'après Strümpell, diviser en cinq catégories les cas de tuberculose fébrile.

1° *Etat subfébrile*; la température, normale le matin, s'élève à 37°,8 ou 38,3 le soir. Ces cas sont relativement favorables.

2° *Fièvre hectique intermittente*. Apyrexie le matin, 38°,5 à 40° le soir. Ce type, presque spécial à la tuberculose, indique une tendance à peu près fatalement progressive.

3° *Fièvre rémittente*. Température du soir : 39°5 à 40°; température du matin : 38° à 38°5. Pronostic encore plus défavorable. Ce type appartient surtout aux formes « florides » de la tuberculose.

4° *Fièvre continue*. Les oscillations diurnes de la température n'atteignent pas un degré. Ce type s'observe rarement durant toute l'évolution de la maladie; il se rencontre dans la tuberculose miliaire ou au début de certaines formes destinées presque toujours à une évolution rapide. Il fait place alors bientôt à un des deux types qui précèdent.

5° *Evolution thermique irrégulière*. Les types précédents se succèdent et alternent irrégulièrement. Ce caractère appartient aux cas défavorables; on le voit apparaître souvent à la dernière période de la tuberculose chronique.

Les *hypothermies profondes* (34° à 35°) se rencontrent dans cette même période; leur signification est des plus fâcheuses.

Ce n'est pas seulement au point de vue du pronostic que la thermométrie, d'habitude si négligée chez les phtisiques, a de l'importance; comme le dit le dr Strümpell, *la courbe thermique d'un phtisique constitue le meilleur criterium pour apprécier l'efficacité des traitements employés*.

Le pronostic de la phtisie peut être basé encore sur la dénutrition progressive du malade: pour mesurer l'étendue de cette dénutrition, le dr Arthaud calcule de la manière suivante, en se basant sur les *variations du poids*.

D'après lui, le poids type est. chez l'adulte, représenté par un nombre de kilogrammes égal à celui de centimètres de la taille qui dépassent un mètre. Exemple : un homme haut de 1m,70 devra peser 70 kil.

Etant donnée cette base, l'expérience démontre que le tuberculeux qui a perdu le tiers de son poids typique est sur le point de mourir; que celui qui en a perdu le quart est en imminence d'accidents graves.

Pour que le pronostic s'améliore, il faut que le poids remonte et il convient, pour atteindre ce but, de mettre en œuvre tous les moyens en notre pouvoir; il faut faire de la suralimentation.

L'étendue des lésions pulmonaires est un autre élément de pronos tic : pour établir cette étendue, il faut tenir compte non-seulement de l'étendue des régions où l'on entend du souffle et des râles, mais encore de toutes les zônes où la respiration obscure indique qu'il y a de la sclérose.

Le d[r] Arthaud propose un moyen plus pratique, basé sur ses recherches, pour déterminer l'étendue des lésions pulmonaires : ce moyen est basé sur *le nombre des pulsations* qui serait proportionnel à l'étendue des lésions. Voici les chiffres qu'il dit avoir obtenus : quand la valeur d'un poumon tout entier est imperméable, le pouls est à 120; les 3/4 d'un poumon, 110; la moitié d'un poumon, 100; le quart d'un poumon, 90.

En résumé, si l'on tient un compte exact des facteurs que nous venons d'indiquer, on peut établir un pronostic assez exact de la tuberculose pulmonaire. L.

DU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE CHEZ LES PHTISIQUES.

Le traitement antipyrétique, écrit le d[r] Savigny dans la *Rev. de thérap. médico-chirurgic.*, constitue un des facteurs les plus importants de la thérapeutique de cette maladie.

Parmi les agents de ce traitement, il faut condamner avec l'auteur l'administration des médicaments antipyrétiques nouvellement introduits dans la thérapeutique, tels que l'antipyrine.

Tous ces médicaments diminuent l'énergie cardiaque, n'influencent la fièvre qu'au point de vue symptomatique, si tant est qu'ils aient une action notable. Le traitement symptomatique n'est de mise que dans les cas de tuberculose rapide où l'humanité demande seulement de soulager le malade.

C'est à l'*hygiène générale* qu'on s'adressera principalement : c'est ainsi que les accès fébriles de la phtisie cessent dans les traitements que les malades suivent dans les stations et dans les sanatoria. Le séjour dans un air plus riche en oxygène, le coucher la nuit avec les fenêtres ouvertes, les frictions humides froides faites avec prudence, un régime substantiel et varié exerce une telle action sur la nutrition, que c'est à peine s'il est nécessaire de recourir à une médication interne.

Dans la pratique privée et hospitalière où les conditions hygéniques ne sont pas aussi favorables, il faut bien avoir recours à des médicaments.

Le d[r] Savigny nous apprend que le d[r] Hochhalt a particulièrement recommandé *l'arsenic* à la suite de longues recherches sur le traitement de la fièvre chez les phtisiques.

Ce médicament relève l'appétit, même chez les fébricitants et amène une augmentation du poids corporel, mais à l'exception du catarrhe initial récent des sommets, il n'exerce aucune influence sur la marche des lésions qui poursuivent leur cours. La fièvre hectique est manifestement influencée, lorsqu'elle offre le type concomitant et intermittent et qu'elle ne s'élève pas au-dessus de 39°. Par contre, l'arsenic n'a aucune action sur la fièvre initiale et les formes rapides de la phtisie. On peut donner la solution de Fowler, on commence par 1 à 2 gouttes à la fois en augmentant chaque jour pour aller jusqu'à 5 ou 6, rarement au delà. Les phtisiques fébricitants supportent rarement plus de 10 gouttes de liqueur de Fowler, car alors apparaissent des accidents d'intoxication : diarrhée, ténesme, colique, vomissement. La fièvre cesse en général du cinquième au douzième jour.

L'action favorable de l'arsenic ne se manifeste pas seulement par l'abaissement de la fièvre et la suppression des sueurs nocturnes, mais encore par le relèvement de l'appétit et du poids corporel. Une fois que la fièvre a cessé, on peut instituer le traitement créosoté.

Dans le traitement de la fièvre, on doit aussi tenir compte de l'état du cœur; il est de règle que chez le phtisique la pression artérielle est faible.

Brehmer et Dettweiler recommandent des applications prolongées de *vessies de glace*, d'autres emploient *l'alcool*. Ziemssen fait remarquer que les boissons alcooliques fortes et le cognac dans les formes éréthiques avec tendance à l'hémoptisie sont contreindiqués dans la période aiguë de la phtisie.

La *digitale*, recommandée par Kühle et Liebermeister, ne doit cependant être prescrite qu'avec précaution.

Le d[r] Hochhalt a employé avantageusement un succédané de la digitale : la teinture de coronille (10 à 20 gouttes) seule, ou associée à 1 gramme ou 1 gr. et demi de quinine, particulièrement lorsque la fièvre est continue.

Lorsque la fièvre, de continue qu'elle était, se transforme en intermittente, on passe au traitement arsénical.

Nous rappelons que les injections *d'huile camphrée* rendent des services très appréciables chez les phtisiques, en relevant l'énergie cardiaque. L.

SYMPTOMATOLOGIE ET TRAITEMENT DES PLAIES DE TÊTE PAR BALLES DE REVOLVER.

Le prof. Bergmann, qui a observé dans ces derniers temps à sa clinique 25 cas de blessure du crâne par coup de feu, a pu faire une étude complète de cette question.

Au point de vue des symptômes cliniques, les blessés peuvent être divisés en trois groupes :

1° Les malades sont sans mouvement ni connaissance, présentant les signes d'une compression plus ou moins accentuée ; tantôt ceux-ci sont progressifs : le pouls s'accélère, la respiration prend le type de Cheyne-Stokes, et le malade meurt ; tantôt ils restent stationnaires : la connaissance revient au bout de quelques heures ou quelques jours, les malades répondent et guérissent le plus souvent ;

2° Les blessés ont toute leur connaissance ; il est d'ailleurs facile de les tirer de leur somnolence. On observe des paralysies locales, des contractures, des hémi-monoplégies, etc.

3° Tous les symptômes cérébraux font défaut, quoiqu'il n'y ait aucun doute que la balle ait pénétré.

Dans le premier cas, il s'agit habituellement d'une perforation des ventricules latéraux avec hémorrhagie abondante. Tantôt dans les parties centrales, alors les symptômes sont progressifs et mortels, tantôt dans les parties périphériques, alors les troubles peuvent rétrocéder et même guérir.

Dans le deuxième cas, quand il s'agit de signes de localisation nette, la lésion se trouve toujours dans la région motrice.

Dans le troisième cas, c'est à dire quand les symptômes céphaliques manquent, il s'agit d'une lésion du lobe frontal, du lobe temporal ou du lobe occipital : la lésion est quelquefois très étendue et va jusqu'à la destruction complète de la région.

La balle de 7 mm. n'a pas grande force de pénétration, mais produit des lésions de contusion importantes, plus marquées en étendue qu'en profondeur, des éclats osseux pénètrent dans la masse encéphalique. Dans les cas où le coup de feu est plus pénétrant, le projectile ne dépasse guère l'écorce cérébrale.

Les suites du traumatisme varient surtout, suivant qu'il se produise oui ou non de la suppuration ; dans le premier cas, il survient une méningite rapidement mortelle ; l'indication la plus pressante consiste donc à chercher à éviter la suppuratton.

A ce sujet on peut se demander si la présence du projectile et des esquilles osseuses empêche la cicatrisation et détermine la suppuration.

Il y a 20 ans, on croyait qu'un corps étranger devait nécessaire-

ment s'éliminer par la suppuration. Des faits en grand nombre ont contredit cette opinion; la statistique de Bergmann parle dans le même sens.

Sur 25 de ses malades, il y en a 15 où la balle s'est enkystée. Trois guérirent par la trépanation, 6 sont morts : l'un d'eux avait été trépané. Ces derniers malades présentaient des désordres considérables, l'un mourut avec un abcès du lobe frontal.

Sur 25 blessés dont 5 fatalement voués à la mort, 15 guérirent définitivement.

Ott, en 1870-1871, a vu guérir 15 p. c. des blessés traités ou non traités sans présenter de suppuration.

Aujourd'hui, on est arrivé petit à petit à ne plus aller à la recherche du projectile; heureusement, car le nombre des guérisons a augmenté.

En général, il faut occlure la plaie et n'intervenir que dans le cas de symptômes encéphaliques précoces (contractures épileptiformes, monoplégies, etc.). Ces phénomènes sont-ils tardifs, il est sage de ne point opérer.

Il n'y a que deux indications de la trépanation : 1° lésion de la région motrice; 2° symptômes d'excitation immédiate après la blessure.

Dans les autres circonstances, on se contentera d'attendre et on traitera la plaie antiseptiquement. L.

SUR LA CURE RADICALE DES HERNIES.

Le d^r Lucas-Championnière, qui a tant fait pour faire adopter le principe, naguère encore repoussé par l'immense majorité des chirurgiens, de la cure radicale des hernies, vient de publier une nouvelle série de 114 cas d'opérations.

Pour le *manuel opératoire*, il énumère les règles fondamentales suivantes, applicables dans toutes les régions où peuvent se produire des hernies abdominales :

1° Le sac herniaire péritonéal doit être réséqué.

La séreuse, le plan glissant, doit être enlevée non seulement au niveau du sac, mais bien au delà, dans le ventre, de façon à supprimer tout infundibulum à surface glissante.

2° Au niveau de la solution de continuité de la paroi et au devant de la séreuse, on doit constituer une défense solide à l'aide d'une cicatrice puissante, étendue, résultant d'un traumatisme étendu et de sutures soigneusement superposées et enchevêtrées.

3° Si des parties contenues dans les hernies peuvent être suppri-

mées, il y a lieu de le faire. Tel est l'épiploon dont il faut réséquer non seulement *toutes portions exubérantes dans le sac*, mais *toutes celles que les tractions font descendre* dans la hernie; et, dans le cas où le sac herniaire ne contiendrait pas d'épiploon, *tout celui qui pourrait y être attiré* par le doigt plongé dans l'abdomen devra également être réséqué.

En ce qui concerne la *gravité de l'opération*, le d^r^ Lucas-Championnière sur un ensemble de 389 opérations n'a eu que deux cas mortels, ce qui lui permet de dire que, pour cette opération, toujours grave par l'étendue du traumatisme et l'infinie variété des dispositions des hernies, l'expérience, la pratique longuement étudiée permet d'arriver à une sécurité presqu'absolue. C'est là un point capital, car si cette opération devait donner une grosse mortalité ou seulement des accidents graves et fréquents, il serait impossible de la justifier.

La *solidité des résultats obtenus* peut maintenant être affirmée, vu l'ancienneté de bon nombre d'opérations; les récidives sont très rares et peuvent souvent être prévues par la disposition exceptionnelle de la hernie.

Or, il faut observer que l'auteur n'applique aucun bandage sur la région herniaire après l'opération; il s'agit donc bien d'une cure radicale dans le sens propre du mot.

Le d^r^ Lucas-Championnière insiste en particulier dans sa communication sur les hernies ombilicales et épigastriques.

Comme l'opération des grosses *hernies ombilicales* est assez grave, il faut autant que faire se peut les opérer quand elles sont petites ou de médiocre volume; ces hernies constituent une infirmité particulièrement redoutable : elle cause des douleurs ou des malaises très pénibles; elle est susceptible d'accidents d'étranglement qui peuvent être rapidement terminés par la mort; les accidents d'engorgement sont également très communs.

D'après cela, on est en droit de dire, d'après l'auteur, *que sur aucun sujet jeune, on ne devrait laisser persister de hernie ombilicale.*

Il en est de même des *hernies épigastriques*; d'abord, si petite et si peu apparente qu'elle soit, cette hernie est d'ordinaire douloureuse. La douleur est continue ou par crise, très pénible et dans nombre de cas rapportée à tout autre chose, la hernie étant méconnue. Les sujets sont souvent soignés, et depuis longtemps, pour différentes maladies médicales.

Mais, il y a plus, ces hernies sont très fréquemment cause de vomissements. Il peut même arriver que ces vomissements se multiplient de façon à devenir inquiétants et même à faire admettre des lésions organiques de l'estomac ou de l'intestin.

Si graves en apparence que soient les symptômes de cette lésion, ils disparaissent aussitôt qu'une cure radicale, bien faite, a fait disparaître la lésion.

L'auteur termine en formulant les *indications* et en signalant les *avantages* de l'opération de la cure radicale.

Toutes les hernies ne méritent pas d'être opérées. Sans compter les cas où les dispositions locales de la hernie sont telles que l'intervention ne serait qu'un traumatisme inutile imposé à un sujet ne demandant qu'à s'en passer, il faut tenir compte, chez l'homme qui avance en âge, de bien des circonstances qui exposeraient à des complications et n'obéir qu'à des indications urgentes.

Au contraire, chez les jeunes sujets, aussitôt la première enfance passée, les conditions sont si favorables que l'on devrait donner comme une règle la nécessité d'opérer tous les sujets qui ne se présentent pas avec une faiblesse des parois si manifeste que la récidive menace.

Ces conditions favorables, sans guère de restriction, se continuent de l'enfance jusque vers l'âge de quarante ans.

Au-delà de 40 ans on doit être moins généreux de l'opération et la justifier par certains accidents ou certaine gêne due à la hernie.

Les bienfaits de l'opération sont considérables.

Pour l'individu d'abord, suppression de gêne, de douleurs, de menaces graves pour la vie.

Pour beaucoup on fait cesser une cause d'infériorité bien plus sérieuse qu'on n'a osé le dire jusqu'ici, infériorité que souvent le bandage ne fait qu'aggraver.

La déchéance organique du sujet atteint de hernie n'est pas contestable, elle est variable dans ses manifestations, mais elle évidente dans une proportion considérable de cas.

Au point de vue social, combien importante est une opération qui restituera au travail une part de la vie des sujets.

Qui prolongera la vie des hernieux d'une façon directe et d'une façon indirecte.

Qui rendra à des fonctions sociales certains sujets à excellentes aptitudes que leur infirmité en écartaient.

Qui consolera ces désespérés plus nombreux qu'on ne pense qui attribuent à leur infirmité un caractère déshonorant et dont la vie est empoisonnée par la constatation seule de la hernie, plus encore que par ses inconvénients. L.

NATURE ET TRAITEMENT DE LA VULVO-VAGINITE DES PETITES FILLES.

La question de la nature des écoulements de la vulve des enfants en bas âge est depuis quelque temps déjà à l'ordre du jour.

Nous analysons deux travaux importants publiés sur ce sujet qui aboutissent à des conclusions à peu près identiques.

Le d^r Koplik a vu, pendant ces six dernières années, plus de deux cents cas de blennorrhées chez les enfants et les a étudiés méthodiquement ; il rappelle d'abord que, chez les tout jeunes enfants, il y a un écoulement normal provenant du vagin et renfermant des cellules épithéliales et des microbes.

Pour la vulvo-vaginite il établit plusieurs groupes de faits, que voici résumés d'après l'analyse publiée dans les *Annales de Dermatologie* :

1° Chez les petites filles il est possible d'observer de la douleur en urinant, de la rougeur, du gonflement, de la sensibilité de l'entrée du vagin, parfois même des sortes d'érosions vers l'hymen et l'orifice de l'urèthre, enfin un léger suintement séreux. Ce n'est là qu'une inflammation simple, due presque toujours à la malpropreté, à des soins antihygiéniques, et qui disparaît dès que l'on prend quelques précautions de propreté.

2° Un deuxième groupe de faits comprend ce que l'on pourrait appeler le catarrhe simple de l'urèthre et du vagin. Ils sont assez fréquents et simulent tout à fait la vraie blennorrhagie. L'orifice uréthral est tuméfié et enflammé, il en est de même de l'hymen qui est fort sensible au toucher. L'écoulement est jaune, grisâtre, aqueux, ou bien épais, visqueux et laiteux ; il a de la tendance à sécher sur les grandes lèvres, et l'ensemble de la lésion semble indiquer une maladie d'une certaine importance. L'examen histologique de la sécrétion montre bien qu'il ne s'agit pas d'une blennorrhagie. On y trouve de l'épithélium desquamé, des leucocytes, des bactéries, des cocci et des diplococci qui siègent soit dans les leucocytes, soit sur les cellules épithéliales, mais il n'y a pas les mêmes aspects bactériologiques que dans la vraie blennorrhagie. D'ailleurs cette affection est fort longue, presque aussi rebelle au traitement que la vraie blennorrhagie et contagieuse.

3° Un troisième groupe de faits comprend les blennorrhagies vraies. Dans ces cas il est fort difficile de savoir comment la contagion a eu lieu ; on apporte les enfants au médecin pour un écoulement et l'on ne donne pas d'autres renseignements. L'examen fait voir un écoulement épais, jaunâtre ou jaune verdâtre, qui se concrète sur les grandes lèvres, et les fait adhérer ensemble. Parfois les enfants urinent souvent et souffrent pendant la miction. D'ordinaire il n'y a pas de bubons, mais dans beaucoup de cas les ganglions inguinaux sont un peu volumineux. L'orifice uréthral est rouge, tuméfié, et est baigné d'un écoulement purulent, l'hymen est gonflé et couvert de pus : il peut y avoir des érosions. Lorsque la malade crie ou lorsqu'on exerce

une pression sur le périnée, il sort du vagin une goutte de pus. La muqueuse vaginale est fort enflammée, et elle présente parfois des érosions qui saignent facilement. Le col utérin est rouge, baigné de pus, et dans son orifice se voit une goutte de pus. L'auteur l'a toujours trouvé ainsi dans tous les cas qu'il a pu examiner.

Le pus, qu'il soit pris dans l'urèthre ou dans le vagin, renferme une grande quantité de leucocytes remplis de diplococci analogues comme forme, grandeur, mode de groupement, réactions colorantes, aux diplococci de la blennorrhagie typique de l'adulte. Dans plusieurs de ces cas, l'auteur a observé du rhumatisme et des conjonctivites blennorrhagiques.

Quant au mode d'infection, la plupart des auteurs pensent que les enfants atteints d'écoulements vraiment blennorrhagiques ont été contaminés par des linges ou des objets de toilette ayant servi à leurs parents atteints de cette affection. Cette étiologie est exacte, mais elle ne l'est pas toujours. Dans presque tous les cas personnels à l'auteur il n'a pu, quelque soin qu'il y ait apporté, remonter jusqu'à l'origine du mal. Il pense que beaucoup de ces blennorrhagies ont été transmises par contact sexuel soit accidentel, soit volontaire. Dans la basse classe, il est fréquent de voir les enfants coucher soit avec leurs pères, soit avec leurs mères qui sont contagionnés ; il est également relativement fréquent de voir des petits garçons âgés de plus de 5 ans avoir des relations incomplètes avec des petites filles et leur transmettre ainsi la maladie, ou bien être eux-mêmes contagionnés.

Le travail du d^r^ Cassel, paru dans le *Berlin. Klin. Wochens.*, a porté sur un nombre de cas moins élevé que le précédent, il aboutit à faire admettre dans la grande majorité des cas la nature blennorrhagique de l'affection.

D'après la description du d^r^ Koplik et les détails des recherches bactériologiques, il semble du reste qu'un certain nombre des faits du second groupe admis par lui sont très difficiles à différencier de ceux du troisième.

L'auteur a prévu l'objection et il cherche à établir qu'il existe, dans le vagin normal de la petite fille, un diplocoque qui ressemble à s'y méprendre au gonocoque et qui fructifie dans le cas de catarrhe ; seulement le diplocoque ne se décolore pas par la méthode de Granm, comme le gonocoque.

D'après ses recherches, il faudrait donc avoir recours à une épreuve bactériologique complète avant de pouvoir affirmer la nature blennorrhagique de la vulvite des petites filles.

Le d^r^ Cassel sur 30 cas de vulvite de petites filles âgées de 7 mois à 11 ans, a trouvé chez 24 le gonocoque pendant toute la durée de la maladie, mais il n'a pu démontrer que 2 fois l'infection par le viol.

Dans tous les autres cas, l'infection eut lieu par contamination, grâce à la promiscuité de la vie en commun. Dans plusieurs cas, il a pu trouver le gonocoque chez la mère; dans d'autres cas, le locataire avait la blennorrhagie, et l'enfant couchait de temps en temps dans son lit; dans d'autres cas encore, c'était le père qui avait la gonorrhée, etc.

Dans les 6 cas où il n'y avait pas de gonocoque, il s'agissait une fois d'un catarrhe desquamatif des organes génitaux, une fois de la propagation à la vulve d'ulcérations non spécifiques voisines.

Le dr Cassel est convaincu que, le plus souvent, dans les cas de vulvo-vaginite des petites filles, la contagion n'est pas la conséquence d'un rapprochement sexuel. Elle résulte presque toujours de la promiscuité dans laquelle vivent les membres des familles pauvres.

Il préconise le traitement suivant : attribuer à l'enfant atteint de vulvo-vaginite un lit spécial, des serviettes, des éponges et des vases, destinés à son usage exclusif; veiller à ce qu'il évite d'infecter ses yeux avec le pus uréthro-vaginal; tenir les organes génitaux dans un grand état de propreté, au moyen de bains locaux ou généraux; pratiquer trois injections par jour, au moyen d'une poire à injection d'une capacité de 15 à 20 cc. avec une solution de sublimé au deux millième, après avoir préalablement injecté de l'eau tiède; au bout de deux ou trois semaines, si l'écoulement a diminué considérablement, remplacer le sublimé par le nitrate d'argent (1 à 1 1/2 p. c.). Il est inutile de faire des injections dans l'urèthre. Dans les cas de vulvo-vaginite non gonorrhéique, M. Cassel se contente des soins de propreté et des injections astringentes au sulfate de cuivre et au nitrate d'argent (1 p. c.).

Le dr Koplik suit à peu près le même traitement.

Il va de soi que les irrigations au permanganate de potasse, dont la supériorité sur les applications de sublimé ou de nitrate d'argent est pour nous bien établie, seront parfaitement à leur place dans le traitement de la vulvo-vaginite de nature blennorrhagique des petites filles. L.

DU POUVOIR ABSORBANT DE LA VESSIE.

D'après les traités classiques de physiologie, la vesse saine serait dépourvue du pouvoir absorbant; les expériences poursuivies par le dr Bazy lui ont démontré que cette idée est erronée.

En injectant un poison dans une vessie saine, on peut tuer, d'après lui, un animal aussi sûrement qu'en injectant ce poison sous la peau ou dans le rectum.

Il a expérimenté des poisons chimiques et des poisons microbiens.

Les poisons chimiques, pourvu qu'ils fussent violents, lui ont tou-

jours donné des résultats immédiats : quand ils n'ont pas agi immédiatement, ils paraissent avoir eu sur l'organisme une action telle que la mort a pu s'en suivre à des intervalles plus ou moins éloignés.

L'absorption des poisons chimiques par la vessie lui paraît jeter un certain jour sur la pathologie urinaire et fournir l'explication des différences énormes qui existent, au point de vue de l'évolution, entre les rétentions vésicales et les rétentions rénales, ces dernières permettant la conservation de l'état général et la survie pendant un temps infiniment plus long que les autres.

L'injection vésicale de poisons microbiens produit des effets non moins remarquables : ainsi, le pneumocoque a provoqué 5 morts sur 6 lapins injectés.

Les conséquences de ces faits, s'ils se confirment, sont importantes au point de vue de la pathogénie des infections urinaires. L.

—

ADMINISTRATION DE L'ACIDE CHLORHYDRIQUE DANS LES AFFECTIONS GASTRIQUES.

Autrefois l'acide chlorhydrique était d'un usage courant dans un grand nombre d'affections grastriques, mais à l'heure actuelle son emploi s'est singulièrement restreint. On ne le prescrit guère que dans les cas d'hypoacidité du suc gastrique, dans les dyspepsies nerveuses et les catarrhes chroniques.

Même dans ces affections, l'action thérapeutique de l'acide chorhydrique est fort douteuse, prétend le d[r] von Noorden, parce que le médicament est pris d'habitude, immédiatement après ou pendant les repas, les doses médicinales étant trop faibles pour faciliter en ce moment le travail de la digestion d'une manière sensible.

Pour qu'il agisse utilement, il faut, d'après lui, le faire ingérer environ quinze minutes avant les repas; l'acide chlorhydrique, ainsi administré, aurait l'avantage d'exciter puissamment l'appétit chez les hypopepsiques.

L'acide chlorhydrique serait, d'après le d[r] Plessner, particulièrement utile pour combattre les troubles digestifs dus à la morphine.

Le d[r] Hitzig avait effectivement remarqué que les personnes soumises à un traitement continu par des injections de morphine présentaient un défaut d'acidité du suc gastrique.

Le d[r] Plessner fit prendre de l'acide chlorhydrique à 15 malades accoutumés à l'usage de la morphine. Le résultat obtenu dans presque tous ces cas fut très satisfaisant, car il y eut disparition du mauvais goût dans la bouche, des envies de vomir, des renvois fréquents et du sentiment tout particulier de pression épigastrique. L'appétit

augmenta au point même que quelques patients disaient manger environ 3 fois plus qu'avant le commencement de la cure. Ce fait est d'autant plus important qc'une nourriture substantielle, savoureuse et variée constitue le meilleur soutien des malades accoutumés à la morphine. L'acide fut continué aussi longtemps que les symptômes gastriques persistaient avec quelque intensité; ceux-ci, en général. disparaissaient 3 jours après la dernière injection. Il n'y eut d'insuccès que dans quelques cas seulement. L.

LES DIVERSES PRÉPARATIONS LIQUIDES DE L'OPIUM.

Dans le *Bullet. génér. de thérap.* le d[r] Dujardin-Beaumetz, à propos des médicaments liquides introduits par l'estomac, s'appuie assez longuement, pour les comparer, sur les diverses préparations liquides de l'opium.

Il y a d'abord *l'élixir parégorique*, une excellente préparation qui donne dans le traitement de la diarrhée les meilleurs résultats ; pour la composition de cet élixir, chaque pays a, pour ainsi dire, adopté une formule spéciale.

Voici la formule pour la Belgique :

Opium pulvérisé	5	grammes.
Acide benzoïque	5	—
Camphre	3	— 50
Essence d'anis	2	— 50
Alcool à 80°	1000	—

L'élixir parégorique belge renferme ainsi, pour 10 grammes, un peu moins de 5 centigrammes d'opium.

Vient ensuite le *laudanum de Sydenham*, une des meilleures préparations d'opium et peut-être la plus répandue. En voici la formule :

Opium officinal	200	grammes.
Safran	100	—
Cannelle de Ceylan	} ââ 15	—
Girofle		
Vin de Malaga ou de grenache	1000	—

Un gramme de ce laudanum correspond à un peu plus de 1 centigramme de morphine.

Le goût et la coloration du laudanum de Sydenham résultent de la présence du safran, et comme ce goût répugne à certaines personnes, on s'est efforcé de proposer des formules de vins d'opium sans safran.

La vieille formule de Sydenham a été gardée, car, comme on l'a montré, le safran a une action réelle dans l'effet sédatif de cette préparation.

On ne confondra pas le laudanum de Sydenham avec le *laudanum de Rousseau*. Ce dernier est un vin par fermentation, dont voici la formule :

Opium officinal	200 grammes.
Miel blanc	600 —
Eau distillée	3000 —
Levure de bière fraîche	40 —
Alcool à 60 degrés	200 —

On fait fermenter le tout à une température de 25 à 30 degrés, puis on filtre la liqueur et on la réduit à 600 grammes. C'est à ce moment seulement qu'on introduit l'alcool.

Le laudanum de Rousseau a à peu près exactement une énergie double de celle du laudanum de Sydenham.

Il faut encore signaler une autre préparation, qui rend de grands services dans le traitement des affections de l'estomac : les *gouttes noires anglaises* qui ne sont, en résumé, qu'un véritable vinaigre d'opium dont voici la formule :

Opium officinal	100 grammes.
Acide acétique cristallisable	60 —
Eau distillée	540 —
Muscade	25 —
Safran	8 —
Sucre	50 —

Autrefois, on donnait à ces gouttes une coloration noire (d'où leur nom) en y ajoutant de la suie.

C'est une préparation d'opium excessivement active. Elle représente une activité double du laudanum de Rousseau et quadruple du laudanum de Sydenham.

Il y a un grand intéret à considérer dans leur ensemble ces différentes préparations; c'est ce qu'a fait Yvon; or, *pour représenter 5 centigrammes d'extrait d'opium*, il faut prendre :

10 grammes d'élixir parégorique du Codex ;
0,20 ou 7 gouttes noires anglaises ;
0,40 ou 14 gouttes de laudanum de Rousseau ;
0,80 ou 26 gouttes de laudanum de Sydenham.

Ce sont là des chiffres que l'on ne doit jamais oublier, écrit le dr Dujardin-Beaumetz, la dose de 5 centigrammes d'extrait d'opium étant une dose moyenne. L.

TRAITEMENT DU FAVUS.

D'après la *Médecine moderne*, voici quelle est la marche à suivre dans le traitement du favus du cuir chevelu.

1° Le premier soin du médecin sera d'instituer un traitement préparatoire qui consiste à *nettoyer les lésions* et à les rendre plus facilement accessibles à l'action thérapeutique.

Il faudra pour cela d'abord faire couper les cheveux aussi ras que possible, puis enlever les croûtes à l'aide de la spatule, si elles sont minces et de peu d'étendue, sinon, en recouvrant la partie malade d'un cataplasme d'amidon boriqué ou mieux d'une compresse imbibée d'eau boriquée recouverte d'une toile imperméable. Au bout de 24 heures de cette application, les croûtes sont ramollies et faciles à enlever par un simple lavage à l'eau chaude.

2° La deuxième partie du traitement comprend l'*épilation*.

Pour que l'épilation soit bien faite, elle doit comprendre deux temps: 1° Ablation à la pince des cheveux malades ou sains qui siègent sur toute l'étendue des lésions.

2° Epilation tout autour de ces lésions d'une zone de cheveux sains; c'est une bordure de protection destinée à empêcher la progression du favus. Ce point est d'une importance majeure. On dépassera ainsi chaque plaque de 1/2 à 1 centimètre.

3° La troisième partie du traitement comprend l'*application de topiques*. Les substances à employer sont nombreuses; il n'y a pas de spécifique.

A la clinique de Besnier, ce que l'on emploie le plus souvent, c'est l'*iode* d'une part, et de l'autre l'*emplâtre de Vigo*.

L'épilation faite, on badigeonne la partie malade à la teinture d'iode, badigeonnage qui sera renouvelé tous les 2 ou 3 jours si le malade le supporte; sinon on applique une pièce d'emplâtre de Vigo de la dimension des plaques faviques, et on change ce pansement tous les jours.

On peut encore se servir d'onctions faites le soir avec une pommade antiseptique ainsi composée :

Huile de cade		5 grammes
Résorcine. Acide salicylique	aa	5 grammes
Soufre précipité		10 grammes
Lanoline. Vaseline. Axonge	aa	30 grammes

puis le matin, après nettoyage de la tête, on frictionne les lésions avec le linement suivant :

Acide borique	2 grammes
Acide acétique cristallisable	1 gramme
Alcool à 90 degrés	100 grammes
Chloroforme	5 grammes

Le pansement sera complété par l'application pendant la journée de plaquettes de Vigo.

En outre, le malade fait chaque matin des lavages à l'eau chaude et au savon.

Le traitement institué, on fera revenir le malade toutes les semaines pour le surveiller et recommencer l'épilation dès que les cheveux repoussent, car ce n'est qu'après plusieurs épilations qu'ils redeviendront sains.

Pour obtenir la guérison parfaite, si le favus est tant soit peu étendu, il faut plusieurs mois; le traitement doit donc être fait avec persévérance. L.

LES DIFFÉRENTES FORMES DE L'INFECTION PUERPÉRALE ET LEUR TRAITEMENT.

Au Congrès des médecins allemands, tenu à Nuremberg en septembre 1893, Bumm a exposé ses vues sur le traitement de la septicémie puerpérale : il doit varier avec chaque forme de la maladie.

Dans la forme putride, au début, l'extraction manuelle des débris de membranes ou de placenta en décomposition, suivie de grands lavages répétés, ramène rapidement la température à la normale. L'effet du traitement est d'autant plus rapide et plus sûr qu'il est appliqué plus tôt, et qu'aucun germe n'est parvenu à dépasser la couche de granulations qui tapisse la matrice. Plus tard les injections ne suffisent plus, il faut enlever toutes les parties nécrosées de la muqueuse et la curette se trouve indiquée. Après le curettage le tamponnement de la cavité utérine à la gaze iodoformée, préconisé par Fritsch, drainera la cavité et s'opposera à la pullulation des germes pathogènes.

Lorsque les lochies renferment des streptocoques virulents, les injections désinfectantes, combinées à la cautérisation prudente de l'endométrium, peut abattre la fièvre, et l'ergot de seigle — déjà vanté par Guérin bien avant les découvertes de la bactériologie, — peut rendre les plus précieux services : il est démontré par les recherches microscopiques que les streptocoques font défaut dans un utérus bien contracté. Le médicament en excitant les contractions et en resserrant les vaisseaux, empêche les germes d'envahir les tissus et la zône surtout dangereuse où la placenta se trouvait implanté.

S'il s'est produit des abcès métastatiques à distance ou des pelvipéritonites secondaires, ou si des streptocoques ont pris les voies lymphatiques et se sont diffusés dans tout l'organisme, l'influence du traitement local est pour ainsi dire nulle.

Nous ne partageons pas cet avis : il est évident que les irrigations ne peuvent plus atteindre les germes nocifs qui ont pénétré dans le sang et qu'à l'autopsie on en trouve dans le cœur, dans le foie, dans la rate, partout; — mais, en neutralisant la plaie utérine, elles peuvent

empêcher qu'à tout moment que de nouvelles doses de poison viennent se joindre à celles qui ont pénétré déjà : il ne faut pas laisser prendre de l'arsenic à un malade sous prétexte qu'il a trop pris déjà.

Krœnig, assistant à la clinique de Leipzig, a examiné pendant l'année écoulée les lochies des femmes dont la température avait dépassé 38° c. Environ 23 p. c. des accouchées ont présenté des élévations de température et chez 7 p. c. la fièvre a reconnu pour cause l'introduction de germes dans l'utérus. Chez les femmes infectées il a trouvé : 1° des saprophytes, 2° des streptocoques, rarement des staphylocoques et 3° des gonocoques.

Lorsque les lochies ne renferment que des saprophytes la fièvre tombe presque toujours spontanément, à moins qu'il n'y ait rétention de débris de placenta.

Dans les infections à streptocoques, les lavages ne donnent presque rien : les microorganismes sont aussi nombreux après qu'avant et à Leipzig, dans ces cas graves, on ne fait plus d'injections et l'on obtient de bons résultats de *frottages* rudes de la muqueuse avec la gaze stérilisée, comme on en pratiquerait dans une poche d'abcès.

Dans l'infection gonorrhéïque qui en général n'expose pas la vie, le traitement local ne donne aucun résultat.

Strassmann insiste sur l'action mécanique des lavages, qui doivent être très abondants pour enlever les toxines.

Menge insiste sur la prophylaxie de la fièvre puerpérale — et il a parfaitement raison : il ne faut pas laisser pénétrer dans la place un ennemi qu'on n'est jamais sûr de pouvoir en déloger. E. H.

PLURIPARE ACCOUCHANT A SON INSU.

Le cas suivant. rapporté par M. le d^r Gabriel Gorin dans les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége*, présente au point de vue de la médecine légale un puissant intérêt. Il s'agit d'une femme bien portante, en possession de toute sa présence d'esprit, à terme pour la troisième fois, et accouchant à son insu.

« Le 28 janvier, alors que la femme prétendait n'être qu'à la fin du 8e mois de sa grossesse — ce que vérifiait d'ailleurs l'examen combiné — elle commença à subir des douleurs et me fit appeler. A mon arrivée, le col était bien dilatable, mais la poche des eaux ne faisait pas saillie, même pendant les douleurs.

» Celles-ci continuèrent, intermittentes, pendant trois jours, mais malgré cela, le 31 janvier, à 10 h. du matin, le col était seulement de la largeur d'une pièce de 5 frs. La poche des eaux ne s'était pas rompue. L'examen démontrait qu'il s'agissait d'une présentation du sommet, vraisemblablement d'une O. C. G.

» Les douleurs étant encore rares et faibles, je voulais quitter la

chambre quand la femme demanda d'aller à la selle. Je le lui permis d'autant moins difficilement que je venais de toucher quelques instants auparavant et d'avoir trouvé les membranes intactes et la tête encore un peu mobile au-dessus du détroit supérieur.

» Le vase avait environ 40 centimètres de hauteur et était à moitié rempli d'eau. A peine la femme s'était-elle assise dessus, que survint une forte colique et nous entendîmes la chute d'un objet dans l'eau. Nous voulûmes faire lever la parturiente; mais elle refusa, prétendant qu'elle venait d'évacuer une selle et qu'elle sentait encore le besoin. Comme au bout d'une minute rien de nouveau ne s'était produit, nous la forcâmes à se lever, et nous ne fûmes pas peu étonnés de voir un enfant en état de mort apparente, la tête dans l'eau. Le cordon n'était pas déchiré; le placenta n'était pas expulsé; une douleur qui survint pendant qu'on portait la mère au lit, provoqua la délivrance.
« La respiration artificielle ramena l'enfant à la vie. C'était un garçon bien constitué, de 8 mois... Bien qu'il n'y eût aucun signe de fracture du crâne au moment de la naissance, l'enfant saigna du nez abondamment dans l'après-midi... Il mourut le soir même, »

Ce fait nous en rappelle un autre dont nous fûmes témoin il y a quelques années. Un confrère qui de la fenêtre m'a vu passer, me fait appeler par le mari. Je monte auprès de la parturiante et voici ce qui m'est conté : le travail a débuté il y a une dizaine d'heures et a été languissant : contractions rares, éloignées et molles, seulement, il y a une demi-heure, une forte douleur, une seule, a arraché un cri à la femme... puis, plus rien!... Je trouve la tête de l'enfant entre les cuisses de la mère... qui depuis une demi-heure éprouvait bien quelque gêne dans le bas, mais ne se doutait pas — bien qu'elle fut à son 5e ou 6e accouchement — que la tête était là! Nous nous empressâmes d'extraire le tronc de l'enfant et nous eûmes quelque peine à le tirer de son état d'asphyxie.

Il y a intérêt à se rappeler les faits de ce genre dans certains procès où la femme est soupçonnée ou accusée d'infanticide volontaire. Nous avons déjà (1), dans un article que le *Journal des Tribunaux* nous a fait l'honneur de reproduire. attiré l'attention des médecins légistes sur cette importante question. E. H.

L'ASCITE DANS SES RAPPORTS AVEC LA GYNÉCOLOGIE.

Le professeur Gusserow, de Berlin, divise les cas d'ascite liée à des affections gynécologiques en deux groupes principaux.

Dans le premier, l'ascite est générale... mais n'a aucun rapport avec les organes génitaux et est la conséquence d'une péritonite tuberculeuse, plus rarement d'une péritonite noueuse ?

(1) *Revue médicale*, t. X, 1891, p. 326.

Dans le second groupe il range les cas où l'ascite est due soit à un papillome des ovaires, soit à un cancer de l'ovaire ou du péritoine. Les papillomes sont constitués par une prolifération abondante du tissu conjonctif villeux à la surface même de l'ovaire, dont le stroma est normal ou épaissi. Dans tous les cas — qu'il y ait ou non connexion entre l'épanchement et les organes génitaux — Gusserow déconseille les ponctions, qui n'éclairent pas le diagnostic et à la longue épuisent les malades, pour recommander les incisions de 6 centimètres, qui vident le ventre, qui permettent d'établir le diagnostic et qu'on peut élargir sur le champ, si l'on reconnaît l'opportunité d'une intervention radicale. E. H.

DISCOURS PRONONCÉS AUX FUNÉRAILLES DE M. VAN KEMPEN, PROFESSEUR ÉMÉRITE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

Discours prononcé par le doyen M. Masoin, au nom de la Faculté de médecine.

Parmi les membres actuels du corps académique bien peu ont connu personnellement l'homme aimable et distingué que nous allons conduire au champ du repos éternel; car, au grand dommage de la science belge et de l'Université catholique, une maladie implacable s'était appesantie sur lui depuis de longues années et l'avait enfermé comme un reclus, immobilisé même, dans son foyer paisible. Mais nous qui l'avons connu au temps de sa splendeur, qui avons aimé et admiré ce maître et ce collègue, nous pouvons et nous devons, avant qu'il ne quitte sa maison désolée, attester ses rares vertus et sa haute valeur. Un collègue éminent, parlant au nom de l'Académie royale de médecine, M. le sénateur Crocq, vous dira avec une incontestable autorité, les mérites du savant ; pour moi, je voudrais, au milieu de tout cet appareil de mort, faire revivre devant vous, pour quelques instants, la physionomie si remarquable et si sympathique du professeur, et, en attendant un éloge plus complet qui se produira dans les actes de l'Université et de l'Académie, jeter un coup d'œil sur la carrière qu'il a si dignement parcourue.

Inscrit, en 1834, parmi les premiers élèves de l'Université naissante, le jeune Van Kempen se distingua bientôt par un goût extrême pour les sciences anatomiques et par une application vraiment extraordinaire. Il y a trente ans, j'en sais quelque chose, on se racontait encore avec étonnement et admiration, les détails de sa vie quotidienne d'étudiant. Aussi, à peine vient-il de subir l'examen de candidature en médecine qu'il est chargé de donner le cours d'anatomie, interrompu par la maladie et la mort de Windischmann (1838-1839), tâche déli-

cate, qu'il remplit « avec un zèle admirable, faisant preuve de connaissances étendues dans la matière, » suivant les propres expressions du certificat délivré par le doyen et le secrétaire de la faculté en ce temps là, MM. Craninx et Hairion. Après avoir obtenu cette marque de haute confiance et montré qu'il en était digne, il rentre dans les rangs et termine ses études (1842) en publiant une dissertation physiologique d'un rare mérite, aujourd'hui encore citée dans la science. Puis il visite les grands foyers scientifiques de l'étranger, Berlin, Leipzig, Paris, et nous revient en 1844 comme professeur extraordinaire; enfin, lorsque en 1849 l'illustre Schwann vient à nous quitter, M. Van Kempen reprend, sans y laisser aucune interruption, l'enseignement du maître absent.

Alors commencent pour lui dans leur plénitude le travail et la vie du professorat qu'il devait exercer pendant plus de 30 années avec un éclatant succès. Laissez-moi, messieurs, évoquer ici des souvenirs déjà lointains, mais toujours vivaces : chaque matin la troupe de ses élèves l'attendait dans le bel auditoire construit par Réga : à l'heure exacte, sans aucun retard (il était déjà debout avant l'aurore), on le voyait apparaître, grave et recueilli dans la porte de l'amphithéâtre, et tout aussitôt un grand silence s'établissait, car c'était un maître respecté, instruit, aimé, qui allait remplir ses fonctions. Après nous avoir enveloppés d'un regard perçant, mais affectueux, il commençait sur un ton fort doux; avec une méthode admirable, il déroulait les tableaux magnifiques de l'organisme humain, la merveille des merveilles de Dieu ; simple et clair dans son langage, s'aidant du dessin qu'il maniait en artiste et des préparations délicates dont il enrichissait nos musées : quoique modeste, même timide, il était tellement ferme dans ses connaissances et pouvait accorder à sa prodigieuse mémoire une telle confiance, qu'on ne l'a jamais vu s'armer de la moindre note écrite, ni éprouver la moindre hésitation à propos des chiffres accumulés et des plus minces détails. Pourquoi ne le rappellerais-je pas aussi, en présence de cette dépouille inanimée toute défigurée par la mort, maintenant que son oreille, si souvent tendue pour nous entendre, s'est fermée, hélas! pour toujours? — La nature lui avait même départi des qualités d'organisation qui contribuaient à lui assurer un prestige tout spécial : une haute stature, une tête puissante, un front large et beau, des traits purs, un œil limpide et pénétrant, une vigoureuse carrure, et ceux qui l'ont connu se le représentent encore aisément avec sa tenue très digne, souvent sanglé dans ses vêtements noirs.

Tel était notre professeur d'anatomie, et quand on le voyait si noble et si beau, la pensée évoquait d'elle-même le souvenir du plus illustre de ses prédécesseurs, l'immortel Vésale, que la tradition et les

monuments s'accordent à nous représenter comme doué de cette beauté virile qui semble le couronnement naturel de l'intelligence.

Son enseignement comprenait une immense étendue : toute l'anatomie descriptive, l'histologie mêlée de chimie physiologique, l'anatomie pathologique, l'embryologie, et tout cela doublé de rudes travaux pratiques où, chaque jour, il dirigeait ses élèves; il y ajoutait même des recherches de physiologie; car ses travaux sur le nerf pneumogastrique et la moelle épinière sont des œuvres absolument physiologiques qui ont valu à notre cher maître l'honneur d'être signalé dans nos traités classiques depuis l'ouvrage magistral de Jean Muller jusqu'aux livres élémentaires de Jules Béclard.

A toutes ces sciences, M. Van Kempen en joignait une autre qui les complétait et les rehaussait; c'était la science de la bonté. Les nombreuses générations d'étudiants qui se sont pressés alentour de lui ont toujours su qu'un cœur généreux et dévoué battait pour eux derrière les apparences parfois austères, même vives du maître ; aussi jouissait-il parmi nous d'une incroyable popularité; il représentait à nos yeux le travail le plus assidu, le plus ingrat sous certains rapports, en tous cas le plus désintéressé; il personnifiait l'intelligence, le savoir, le dévouement, l'honneur, et nos manifestations de jeunesse enthousiaste prouvaient en toute occasion quelle place il occupait dans nos âmes.

Toutes ces qualités de science et de caractère M. Van Kempen les apportait dans ses relations avec les confrères de l'Université et les collègues de la profession; on peut affirmer, sans craindre un démenti, qu'il jouissait d'une universelle sympathie autant que d'une haute considération dans le monde médical.

Pourquoi faut-il qu'une existence si précieuse pour tous soit prématurément brisée?... Douloureux mystère. Pendant presque vingt ans notre excellent collègue fut cloué ici par la maladie; lui qui avait tant scruté les secrets de la vie et de la mort, il put sentir tous les ressorts de sa puissante organisation se détendre les uns après les autres. Toutefois au milieu de cette affreuse destruction de lui-même, il montrait un calme admirable, souvent une véritable sérénité : alors qu'il était déjà grandement délabré il s'intéressait d'une manière touchante à l'Université catholique, à ses collègues de la Faculté, à nos élèves et à nos familles. Fortifié d'ailleurs par des croyances fermes à un monde supérieur — comme tant d'illustres anatomistes qui, depuis Galien jusqu'à Cruveilhier, ont trouvé dans le cadavre humain le cachet d'un créateur tout puissant, — il se disait, sans aucun doute, durant ses longues heures d'insomnie, qu'un jour il ressusciterait de l'abîme où il descendait lentement et qu'alors son âme habiterait un corps nouveau, désormais incorruptible.

N'est-ce pas enfin un trait émouvant qui résume sa force et sa bonté, n'est-ce pas une scène digne de l'antique, celle qui se passait ici il y a quelques jours quand, incapable d'ouvrir les yeux, il faisait soulever ses paupières paralysées, afin de revoir, de regarder une dernière fois sa compagne dévouée et lui dire ainsi les paroles de l'adieu suprême?

Et maintenant, cher maître et collègue, nous allons vous les dire à notre tour, ces dernières paroles.

Vous avez été pour l'Université catholique et pour la Patrie Belge un sujet de fierté légitime; vous avez illustré votre famille et inscrit votre nom dans le grand livre de la Science; vous avez honoré notre profession et instruit avec un dévoûment inaltérable, avec un succès éclatant, de nombreux fils de notre *Alma Mater*, qui vous garderont un souvenir impérissable; vous nous léguez les exemples d'une vie sans aucune tache, consacrée au travail avec une ardeur et un désintéressement admirables; vous avez été un collègue parfait, pour plusieurs un ami, un bienfaiteur inoubliable. Soyez-en remercié, loué, béni.

C'est avec le sentiment d'une profonde douleur que nous nous inclinons devant ce cercueil scellé pour toujours, et que, au nom de de la faculté de médecine, j'adresse un dernier adieu à M. le professeur Van Kempen.

Discours prononcé par M. Crocq, au nom de l'Académie de médecine.

Van Kempen naquit à Diest, le 2 novembre 1814. Il fit ses études à l'Université de Louvain, et il ne tarda pas à s'y distinguer; il devint l'élève favori de Schwann, puis son préparateur, et plus tard son collègue, et, lorsque l'illustre professeur quitta l'Université catholique. notre collègue fut jugé digne de lui succéder. Il sut tenir constamment son enseignement au niveau des incessants progrès de la science, et le résuma dans son *Manuel d'anatomie générale*, publié en 1851. Ce livre, constituant une synthèse exacte, claire et concise de l'état de la science, eut trois éditions, et servit de guide à de nombreuses générations d'étudiants.

Tout entier à sa mission de professeur et y consacrant tout son temps et toute son activité, il publia, en 1854, son *Traité d'anatomie descriptive et d'histologie spéciale*.

Cet ouvrage, qui se distingue par les mêmes qualités que le précédent, eut aussi trois éditions, dont la dernière fut publiée en 1880, par les soins de M. le professeur Ledresseur.

Indépendamment de ces traités classiques, Van Kempen s'occupa de recherches expérimentales sur les fonctions du nerf pneumogastrique, sur lesquelles il publia, en 1842, un mémoire qui eut un grand

retentissement. Reprenant cette question, il en fit le sujet d'un nouveau travail qui parut en 1857 dans les Mémoires de l'Académie, sous le titre de : *Nouvelles recherches physiologiques sur les racines des nefs pneumogastrique et spinal.*

L'année suivante, en 1858, le *Bulletin* de l'Académie publia une *Note sur la transmission de la sensibilité et du mouvement dans la moelle épinière*, puis bientôt après un mémoire plus étendu sur la même question. Il fit, en 1861, à la Compagnie, un *Rapport sur un cas de cyanose générale liée à un vice congénital du cœur*, com-communiqué par M. Henriette, rapport qui devint l'objet d'une intéressante discussion.

Van Kempen fut chargé par l'Académie de faire le rapport sur les mémoires relatifs à l'épidémie du choléra qui a eu lieu en Belgique pendant l'année 1866, rapport qui fut publié dans le *Bulletin* de 1869 Il fut encore chargé, en 1871, de faire le rapport de la Commission chargée de l'examen du mémoire envoyé en réponse à la question mise au concours sur les fonctions des centres nerveux encéphaliques.

En 1863, il prononça, à l'Académie, un discours sur l'ophthalmie dite « militaire », et publia dans les *Annales d'oculistique* un travail sur les granulations palpébrales.

Lorsque le gouvernement eut institué un prix quinquennal des sciences médicales, la première fois que cette haute récompense fut décernée, en 1862, ce fut Van Kempen qui l'obtint, pour son *Manuel d'anatomie générale* et pour ses *Recherches sur les fonctions de la moelle épinière*.

Élu Correspondant de l'Académie le 28 avril 1860, il devint Membre titulaire le 28 janvier 1865.

Il prit constamment une part assidue et active à ses travaux, jusqu'à ce qu'une surdité allant en s'accroissant de plus en plus l'eût mis dans l'impossibilité de continuer à participer à ses discussions. Il fut alors, en 1878, élevé à l'honorariat.

Ajoutons que le Roi lui avait, en 1866, conféré la croix de son Ordre, et l'avait, en 1875, promu au grade d'officier.

Telle a été l'existence, bien remplie et toute consacrée à la science et au travail, du collègue distingué dont nous déplorons la perte.

Nature bonne et honnête, travailleur aussi méritant que modeste, Van Kempen a su se concilier l'estime et l'amitié de tous ceux qui l'ont connu, et ses anciens élèves aussi bien que ses collègues n'oublieront jamais sa figure sympathique ni son caractère bienveillant et dévoué.

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE.
(Suite et fin.)

Blennorrhagie chronique.

Il n'est pas facile de dire où finit la blennorrhagie aiguë et où commence la blennorrhagie chronique; au reste, comme nous verrons dans la suite, cette distinction n'a guère d'importance pratique, mais bien l'ancienneté du mal et les lésions anatomiques du canal.

En général, on parle de blennorrhagie chronique, lorsque le sujet a cessé complètement de souffrir et qu'il ne souille plus son linge, si bien qu'il peut se croire — et c'est ce qui arrive en effet fréquemment — parfaitement guéri.

La persistance de la maladie se reconnaît à la goutte que la pression de l'urèthre fait apparaître le matin au méat ou bien aux filaments blanchâtres qui nagent dans l'urine. La goutte et les filaments sont composés d'une grande quantité de mucus et d'un nombre variable de leucocytes et de cellules épithéliales.

Pour le reste, la blennorrhagie chronique n'est pas une comme la blennorrhagie aiguë.

Dans la blennorrhagie aiguë, le gonocoque est tout ou à peu près, et, régulièrement, dès qu'il a disparu, l'écoulement cesse, les lésions de la muqueuse se restaurent, le canal récupère son intégrité et tout rentre dans l'ordre.

Par contre, si les affections décrites sous le nom de blennorrhagie chronique, de blennorrhée, de goutte militaire, sont presque toujours sinon toujours consécutives à l'infection par le gonocoque, il s'en faut qu'elles soient toutes de nature identique ; il est facile de s'en convaincre en faisant l'analyse bactériologique d'une série de cas.

Dans certaines sécrétions, on retrouvera le gonocoque, moins abondant sans doute mais aussi virulent que le premier jour, à 1 an, 2 ans, à 5 ou 10 ans de date à partir de l'infection; dans d'autres, le gonocoque aura disparu, mais on découvrira d'autres microbes pathogènes provenant des infections secondaires, consécutives à l'action du

gonocoque; dans d'autres enfin, il ne se trouvera ni gonocoque ni microbe pathogène quelconque, et il n'y aura à considérer en lieu et place des infections que les altérations du canal.

De là, pour Janet, trois phases ou périodes dans l'évolution de l'affection, correspondant à des indications thérapeutiques bien distinctes : période à gonocoques, période des infections secondaires, période aseptique; la plupart des auteurs, à l'imitation de Neisser, ne reconnaissent que deux espèces de blennorrhagie chronique, caractérisées par la présence ou l'absence du gonocoque, et telle est effectivement la distinction fondamentale à faire dans l'espèce.

Les infections dites secondaires de l'urèthre sont le plus souvent éphémères ou transitoires dans la forme chronique,aussi bien que dans la forme aiguë de la blennorrhagie, et, jusque dans ces derniers temps, elles ont été considérées comme quantité négligeable; je dirai plus loin quelle importance on tend à leur attribuer actuellement.

De fait, quand on se trouve en présence d'une blennorrhagie chronique, la première chose à faire est de *rechercher si le gonocoque existe encore dans l'urèthre.* Je l'ai dit précédemment, pour le diagnostic précis de la nature de la blennorrhagie chronique, l'examen bactériologique est indispensable; si l'on veut qu'il soit décisif, il faut même qu'il soit répété plusieurs fois, les gonocoques pouvant manquer un jour dans les sécrétions et apparaître le lendemain ou quelques jours plus tard. On simplifie les recherches en pratiquant une injection de nitrate d'argent dans l'urèthre, à l'effet de provoquer la repullulation des gonocoques, s'il en existe encore.

Comment faire, lorsqu'on est dans l'impossibilité, soit de recourir soi-même à l'examen bactériologique, soit de le faire pratiquer par une personne compétente?

Je conseille de se comporter alors dans tous les cas comme si la présence du gonocoque avait été dûment constatée.

On ne peut songer à se baser en effet sur les caractères de l'écoulement ; sans doute, ces caractères varient : tantôt, les sécrétions sont encore purulentes, jaunâtres, sujettes à des recrudescences fréquentes sons l'influence d'excitations diverses; c'est à cette forme de l'affection qu'on a voulu surtout donner le nom de *blennorrhagie chronique*, et elle correspond assez exactement aux cas à gonocoques;

tantôt, les sécrétions sont muqueuses, blanchâtres ou transparentes, les recrudescences peu appréciables ou nulles; c'est à cette forme de l'affection qu'on a réservé le nom de *blennorrhée*, et elle comprend surtout les cas où le gonocoque fait défaut.

Toutefois, on risquerait de se tromper fréquemment, si on se basait exclusivement sur ces particularités pour juger de la nature de l'uréthrite chronique; dans le doute, il y a tout avantage à diriger le traitement comme si le gonocoque était invariablement en cause.

En effet — et c'est là un précepte essentiel à inscrire en tête du traitement de la blennorrhagie chronique — *il faut toujours commencer par se débarrasser du gonocoque*, car c'est lui le grand ennemi, le plus redoutable à la fois pour le malade et pour autrui.

Sur 143 cas d'écoulements dont l'ancienneté variait de 2 mois à 8 ans, Neisser a trouvé des gonocoques 80 fois et n'en a pas trouvé dans les 63 autres, et encore 31 de ceux-ci n'ont été vus qu'une seule fois, ce qui fait que le nombre des cas à gonocoques eut été sans doute plus considérable encore si les recherches avaient pu être poursuivies.

Il en résulte qu'en procédant comme je le conseille, dans une moitié des cas à peine, la médication dirigée contre le gonocoque sera faite en pure perte, mais on en sera quitte pour avoir faits ix ou sept irrigations inutilement au permanganate, ce qui n'est pas un bien grand mal; d'autant que ces irrigations ne seront pas sans utilité pour débarrasser l'urèthre des infections secondaires et amender les lésions anatomiques superficielles.

Par contre, si on ne dirige pas le premier traitement contre le gonocoque, et qu'il est encore en cause, non-seulement toute la thérapeutique de l'uréthrite chronique risquera fort d'être vaine, mais encore on pourra provoquer des complications en réveillant l'activité du gonocoque par des applications locales intempestives.

Je sais bien qu'il serait préférable de recourir à l'examen bactériologique, mais je me souviens que j'écris pour des praticiens à qui cet examen ne sera jamais familier.

I. Traitement de l'infection par les gonocoques.

Le premier traitement des uréthrites chroniques à gonocoques ne

diffère pas sensiblement du traitement de la blennorrhagie aiguë — que j'ai exposé dans tous ses détails.

En général, il n'y a rien à attendre des injections pratiquées suivant l'ancien système avec la petite seringue uréthrale ; les gonocoques ont à peu près fatalement envahi l'urèthre postérieur, ou du moins ils sont profondément logés dans les culs-de-sac glandulaires et dans l'épaisseur de la muqueuse, et les injections à faible tension ne sauraient les atteindre.

Il s'agit du reste le plus souvent d'écoulements qui ont été traités sans succès et à plusieurs reprises par les injections les plus diverses.

Je n'ai jamais obtenu de résultats durables des injections dans la blennorrhagie chronique ; elles m'ont servi simplement lors des recrudescences aiguës si fréquentes dans le cours de l'affection, qui sont prises facilement par le médecin comme par le malade pour une infection nouvelle.

Il importe pourtant de faire la différence, car, pour le dire en passant, on est exposé sans cela à attribuer la contagion à une personne innocente. *Cuique suum.*

On peut poser en principe que tout écoulement, déjà franchement purulent 48 heures après un rapprochement suspect. appartient à une recrudescence d'ancienne infection, et non à une infection nouvelle, celle-ci demandant trois à cinq jours avant de donner à l'écoulement ce caractère.

Bien des sujets se vantent ainsi d'avoir eu un nombre respectable de blennorrhagies dans leur existence, qui en sont toujours à leur première.

J'ajoute que les poussées aiguës de la blennorrhagie chronique sont ordinairement de courte durée, qu'elles soient traitées ou non par les injections.

Dans la blennorrhagie chronique, c'est aux lavages de l'urèthre qu'on s'adressera de préférence aux injections, et, en admettant qu'on veuille les réserver exclusivement au traitement des cas anciens ou rebelles, les services qu'ils rendraient seraient déjà inappréciables.

Le permanganate de potasse conserve ici encore sa supériorité sur tous les autres topiques. Je ne reviens pas sur le *modus faciendi :*

je me contente de dire qu'on peut arriver rapidement à des doses élevées et qu'il faut laver les deux urèthres, à moins qu'il ne soit bien démontré que l'urèthre antérieur seul est atteint.

La destruction du gonocoque, loin de nécessiter un traitement plus prolongé que dans la forme aiguë, s'obtient au contraire plus rapidement : six ou sept lavages, espacés de 24 heures, suffisent généralement ; pour prendre un exemple, on peut adopter la manière de faire suivante :

1[er] jour, 1 p. 4000 dans les deux urèthres
2[e] jour, 1 p. 3000 »
3[e] jour, 1 p. 2000 »
4[e] jour, 1 p. 1000 »
5[e] jour, 1 p. 1000 »
6[e] jour, 1 p. 500 dans l'urèt. antérieur, 1 p. 1000 dans l'urèt. postérieur
7[e] jour, id. » id. »

Les blennorrhagies chroniques à gonocoques sont le véritable triomphe de la médication par le permanganate, et il est certes merveilleux de voir disparaître définitivement de l'urèthre en six ou sept jours, des microbes qui, depuis un pareil nombre d'années quelquefois, se jouaient des injections et des topiques les plus divers.

Il faut naturellement s'attendre à quelques insuccès dans les cas invétérés : les gonocoques ont pu se loger dans des endroits inaccessible au courant de l'irrigation, tels que les culs de sac glandulaires de la prostate, les vésicules séminales : le canal se réinfectera alors perpétuellement après les lavages ; chez la femme, l'infection fréquente des glandes de Bartholin ou des trompes, la présence de profonds canalicules glandulaires dans l'utérus font ainsi que les lavages au permanganate n'auront jamais le même succès que chez l'homme.

La série des lavages au permanganate terminée, il arrive, dans la forme chronique comme dans la forme aiguë, que l'écoulement disparaisse graduellement, que les lésions anatomiques rétrocèdent et qu'ainsi la disparition des gonocoques à elle seule amène une guérison complète, mais ce n'est pas l'ordinaire ; le plus souvent, il persiste un écoulement, modifié il est vrai, ou bien des troubles fonctionnels, indice de l'existence d'infections secondaires ou de lésions anatomiques qui appellent à leur tour une thérapeutique spéciale.

II. Traitement des infections secondaires de l'urèthre. — Aptitude au mariage des blennorrhagiques.

Après les moyens dirigés contre le gonocoque, l'indication la plus pressante du traitement de la blennorrhagie chronique consiste à débarrasser l'urèthre des autres microbes pathogènes qu'il peut récéler.

Plusieurs éventualités peuvent se présenter : ou bien, l'examen bactériologique a été négatif en ce qui concerne le gonocoque, mais il a fait découvrir dans les sécrétions d'autres formes microbiennes, et alors, la première médication est dirigée contre les infections secondaires ; ou bien, il existait des gonocoques, mais, après leur disparition sous l'influence du traitement, il persiste néanmoins un écoulement purulent riche en microbes, et alors, le traitement des infections secondaires vient après les lavages au permanganate.

Pour avoir tout apaisement, on procèdera également de cette façon, chaque fois qu'on sera obligé de se passer de l'examen bactériologique.

Les infections dites secondaires de l'urèthre sont occasionnées par des microbes divers, pour la plupart encore mal déterminés ; un des plus fréquents, selon Janet, est le bacille commun de l'intestin, puis, il y a les différentes variétés de staphylocoques, le streptocoque, etc.

Or, on a versé, paraît-il, jusqu'à présent, dans une dangereuse erreur, en s'imaginant que le gonocoque était le seul hôte vraiment redoutable de l'urèthre de l'homme ; il y a des uréthrites d'une autre origine, que les recherches bactériologiques seules permettent de découvrir ; dans son dernier travail, paru dans les *Annales de Dermatologie*, Janet signale la fréquence relative d'uréthrites aiguës à staphylocoques ou autres, qui, sans l'épreuve bactériologique, sont prises à coup sûr pour des blennorrhagies.

Pour le dire en passant, ce sont ces uréthrites qui guérissent si rapidement et si bien par les injections diverses, spécialement par le sublimé.

Mais je n'ai à envisager ici que les infections secondaires à la blennorrhagie vraie, à propos du fait de la réceptivité acquise de l'urèthre qui vient tout récemment d'être mis en lumière.

Voici en somme de quoi il s'agit : je résume un travail du d^r^ Janet

paru dans les *Annales des mal. des org. génit. urin.* (avril 1893) sous ce titre : *Réceptivité de l'urèthre et de l'utérus, blennorrhagie et mariage.*

L'urèthre de l'homme est normalement très peu accessible aux infections; ce qui le prouve, c'est que, bien que le méat et la fosse naviculaire soient habités par de nombreux microbes, bien que l'urine en charrie parfois de son côté, le canal reste indemne et les infections primitives de l'urèthre, par des microbes autres que le gonocoque, en somme assez rares.

Ainsi, un homme sain peut avoir journellement des rapports avec une femme dont l'utérus sécrète en abondance des mucosites chargées de staphylocoques ou autres microbes pathogènes, ou être cathétérisé fréquemment avec des sondes sales, sans gagner pour cela une uréthrite.

L'urèthre est au contraire très réceptif, comme on sait, pour le gonocoque, qui doit être considéré comme son principal ennemi.

Or, qu'arrive-t-il à la suite d'une blennorrhagie?

Si elle dure peu, l'état anatomique de l'urèthre n'a pas le temps de se modifier beaucoup; il revient bientôt à son intégrité, et il récupère son immunité aux infections vulgaires; si par contre elle dure plus longtemps, se répète à de courts intervalles, ou si le traitement est mal conduit, il persiste certaines modifications anatomiques et physiologiques du canal qui ont pour conséquence de produire la réceptivité de l'urèthre aux diverses invasions microbiennes; il a perdu désormais son état primitif d'immunité et il est voué à une série interminable d'infections secondaires.

Ces infections proviennent, soit des impuretés des vêtements ou de l'air extérieur, soit d'un coït pratiqué avec une femme atteinte de métrite ou même saine.

L'écoulement que ces causes diverses produisent survient peu de temps, 12 à 24 heures, après le coït contaminant, si l'infection est due à un rapport sexuel; il est blanc, ou blanc jaunâtre, rarement verdâtre; il est assez abondant pour tacher la chemise, et ce serait une illusion que de vouloir le diagnostiquer du pus de la blennorrhagie vraie sans le secours du microscope : il renferme de nombreux leucocytes, quelques cellules épithéliales plates, le tout absolument criblé de microbes divers, parmi lesquels une espèce prédomine toujours.

Telles sont les *infections secondaires* qui, loin d'être inoffensives, peuvent constituer, comme l'a établi Janet par quelques observations précises, un danger formidable pour des femmes saines ou des épouses innocentes; le danger est d'autant plus grand que ces infections se produisent parfois dans des urèthres en apparence normaux, sans sécrétion et sans filaments, à la suite d'une blennorrhagie guérie; dans l'immense majorité des cas cependant, on rencontre cet état de réceptivité dans des urèthres manifestement malades, plus ou moins sécrétants, présentant les signes classiques de l'uréthrite chronique.

Pendant le traitement au permanganate et par le fait même de ce traitement, l'urèthre est dans un état extraordinaire de réceptivité; aussi, c'est pour prévenir les infections secondaires, que Janet condamne ses malades à un pansement occlusif constant de leur méat pendant toute la durée du traitement.

D'après lui, l'état de réceptivité dure environ deux mois après la guérison d'une chaudepisse récente chez un individu précédemment sain; pendant cette période, s'il interdit le mariage, il ne défend pas absolument le coït, mais il recommande de désinfecter soigneusement le méat immédiatement après; malgré cela, il a vu survenir une ou même plusieurs infections secondaires chez quelques-uns de ses malades guéris positivement de leurs gonocoques, et il a soin de prévenir tous les sujets traités, que cette éventualité peut se produire.

L'état de réceptivité, qui suit les chaudes pisses de longue durée, n'est pas passager comme celui qui est dû aux lavages au permanganate; il dure en général aussi longtemps que les troubles anatomiques et physiologiques qui lui donnent naissance, et, comme ceux-ci sont très longs parfois à guérir, quelquefois incurables, sa durée varie entre quelques mois et plusieurs années, et dans les cas graves, elle est pour ainsi dire indéfinie.

Toutefois il ne faut pas croire, écrit encore Janet, que l'état de réceptivité du canal soit en rapport direct avec l'intensité des lésions uréthrales : des lésions superficielles, de légères modifications épithéliales, un peu d'exagération de la sécrétion glandulaire déterminent souvent une réceptivité plus grande que des lésions anciennes et profondes du canal.

Les voies uro-génitales de la femme et en particulier son utérus

sont infiniment plus accessibles que celles de l'homme aux infections diverses autres que l'infection gonococcique, et, si un homme sain peut sans danger coïter la femme la plus infectée du monde, à condition qu'elle n'ait pas de gonocoques, une femme saine ne peut avoir de rapports réguliers avec un homme infecté, même sans gonocoques, sans s'infecter elle-même.

D'où vient que la femme ne jouisse pas, vis-à-vis des infections diverses, de la même immunité que l'homme ? C'est, d'après Janet, parce qu'il se produit chez elle, à la suite de ses périodes menstruelles comme à la suite de l'accouchement, un état momentané de réceptivité très analogue à celui qui se produit chez l'homme à la suite d'une longue infection par le gonocoque.

Peu importe l'explication ; le fait est que les infections secondaires de l'urèthre de l'homme sont dangereuses pour la femme, et c'est à tort que dans bien des cas, on accuse le gonocoque d'être la cause des accidents infectieux des femmes contaminées par leur mari.

On entrevoit les conséquences importantes de ce fait au point de vue du mariage des sujets atteints de blennorrhagie chronique.

De l'avis de tous les auteurs compétents, on s'est montré jusqu'à cette heure trop facile pour autoriser le mariage de ces sujets.

Il y a d'abord un point sur lequel tout le monde est d'accord : il faut interdire le mariage à tout porteur de gonocoques ; que les filaments en récèlent peu ou beaucoup, le verdict, comme écrivait récemment le d^r Jullien, doit être le même, c'est-à-dire inflexible.

Mais ce n'est pas assez : il faut aussi frapper d'ostracisme, dit encore le même, les microbes secondaires, les fauteurs des petits échauffements et des blennorrhoïdes.

D'après Finger, on ne doit considérer une uréthrite blennorrhagique comme guérie et permettre le mariage au porteur que lorsque celui-ci répond aux desiderata suivants :

1° Ne plus présenter de gonocoques, même après la réaction provoquée par le nitrate d'argent ou le sublimé.

2° Ne plus présenter de leucocytes dans ses filaments, qui seront exclusivement formés de mucus et de cellules épithéliales.

3° Ne présenter aucune complication génitale.

4° Etre exempt de tout rétrécissement.

Janet fait quelques réserves seulement au sujet de la seconde condition : il a vu souvent, même chez des hommes sains, des leucocytes dans le flocon muqueux transparent que l'on trouve le matin dans le premier jet de l'urine, et il lui semble ainsi un peu sévère de demander à un ancien blennorrhagique de ne plus présenter de leucocytes dans ses filaments : le mariage deviendrait alors une chose fort exceptionnelle.

En réalité, on peut arriver sous l'influence du traitement à faire disparaître totalement les leucocytes des filaments uréthraux d'un blennorrhagique, et c'est ce résultat qu'il faut atteindre.

Janet ajoute une autre condition indispensable pour autoriser le mariage, c'est la disparition de l'état de réceptivité ; il ne permet le mariage qu'aux sujets qui ne présentent plus aucune lésion anatomique uréthrale ou génitale, aucune sécrétion purulente et aucun microbe nocif dans leur urèthre ; il met en outre les malades guéris en garde contre les réinfections secondaires tardives, en les priant de prendre des précautions d'asepsie de leur méat, tant qu'ils conservent une sécrétion muqueuse exagérée et même longtemps après que cette sécrétion a totalement disparu ; sinon il vient de petites poussées d'uréthrites quelques heures après les coïts les moins suspects, et, si les sujets se marient, ils sont tout étonnés après leur mariage d'être infectés par leur femme comme par la première prostituée venue, et ils ne tardent pas du reste à lui rendre la pareille.

Pour faire disparaître l'état de réceptivité et avant d'autoriser le mariage, Janet demande suivant les cas, de un an à quatre ans de périodes de traitement et d'observation ; il voudrait une année entière sans aucune infection secondaire.

Comme on le voit, les infections secondaires, sur lesquelles je me suis appesanti plus que je n'aurais voulu, éclairent d'un jour tout nouveau la question de l'importance et de la gravité des écoulements chroniques de l'urèthre chez l'homme.

Pour en venir au traitement, *le sublimé est le remède héroïque, aussi bien pour prévenir que pour guérir les infections secondaires ;* en présence de ces microbes pathogènes vulgaires, toujours superficiellement placés à la surface de la muqueuse, le sublimé retrouve la place qui lui revient par son énergie bactéricide.

En général, il suffit de deux lavages, à 24 heures d'intervalle, de 1/2 litre à 1 litre, le premier à 1 p. 20000, le second à 1 p. 10000 de sublimé dissous dans l'eau distillée sans alcool, pour couper court aux poussées d'infection secondaire ; le lavage est pratiqué, suivant le besoin, dans l'urèthre antérieur seul ou dans les deux urèthres.

Comme moyen préventif, on conseillera aux malades de se laver le gland et le méat tous les matins avec une solution de sublimé à 1 p. 3000, ou au moins de prendre ces précautions après le coït, même avec une femme en apparence très saine, car ce sont surtout les nombreux microbes contenus dans le vagin et l'utérus de la plupart des femmes qui cultivent avec une grande facilité dans l'urèthre en état de réceptivité; pour protéger encore plus efficacement la femme et être protégé par elle, si le sujet s'est marié prématurément, il sera bon de faire faire à la femme tous les jours de larges lavages vaginaux au sublimé de 1/5000 à 1/10000, de s'abstenir du coït pendant les cinq jours qui précèdent et les cinq jours qui suivent les règles, et en cas d'accouchement, pendant les trois mois qui suivent les couches.

Quant à l'état de réceptivité lui-même, il ne disparaît en général que quand le canal a récupéré son intégrité par le traitement des lésions anatomiques du canal.

III. — Traitement des lésions anatomiques de la blennorrhagie chronique. — Rétrécissements larges.

Il arrive que l'examen bactériologique démontre que l'écoulement de la blennorrhagie chronique est aseptique, c'est-à-dire exempt de gonocoques ou de microbes quelconques, ou bien que, après les lavages au permanganate et au sublimé, dirigés successivement contre les gonocoques et les microbes des infections secondaires, l'écoulement persiste à l'état aseptique; on conclura dans les deux cas que l'affection est entretenue par des lésions anatomiques du canal.

Ces lésions sont fréquentes, pour peu que la maladie ait duré, et assez variables ; la plus commune et la plus simple consiste dans la substitution de l'épithélium plat à l'épithélium cylindrique sur une partie plus ou moins étendue de l'urèthre ; à un degré plus avancé, se trouve l'infiltration du tissu sous-épithélial ou sous-muqueux à des endroits déterminés par des cellules embryonnaires; à un degré plus

avancé encore, la perte de l'élasticité du canal ou une diminution plus ou moins sensible de son calibre en certains points.

Ces lésions entraînent des troubles vasculaires ou sécrétoires de la muqueuse ou simplement des troubles fonctionnels du canal.

Il n'est pas donné à tout le monde de faire avec précision le diagnostic de la nature de ces lésions, de leur siège, de leur étendue en surface et en profondeur, car, comme nous le verrons, ce diagnostic nécessite une grande expérience, jointe à l'emploi d'instruments spéciaux.

En l'absence de données positives sur l'état du canal, il sera possible néanmoins d'instituer une médication efficace en procédant par tâtonnements, c'est-à-dire en commençant par le traitement le plus anodin et en arrivant graduellement aux applications les plus énergiques.

Ainsi, après la série des lavages au permanganate et au sublimé, ou d'emblée, selon les cas, on pratiquera dans l'urèthre antérieur ou mieux dans les deux urèthres des *lavages avec la solution de nitrate d'argent*, de 1 p. 2000 à 1 p. 500; trois ou quatre lavages espacés de 24 heures suffiront généralement pour avoir raison des lésions superficielles de la muqueuse.

Si le nitrate d'argent échoue, on lui substituera une des substances astringentes que j'ai signalées, soit le *sulfate de zinc* (1/2 à 1 p. 100), soit le *sulfate de cuivre* (1 à 2 p. 100), en lavages des deux urèthres, de l'urèthre antérieur seul ou même en simples injections.

Lorsque l'écoulement ne disparaît pas, ce qui arrive surtout lorsque les lésions sont plus profondes et qu'il existe des zones d'infiltration embryonnaire sous-muqueuse, il faut s'adresser à des solutions modificatrices plus concentrées ou plus énergiques; il faut alors abandonner les lavages ou les injections qui, agissant sur une trop grande étendue de la muqueuse, provoqueraient à concentration forte des phénomènes d'intolérance; les lésions en question sont du reste en général très limitées; elles occupent surtout la portion spongieuse de l'urèthre, notamment le cul-de-sac du bulbe, d'autres fois cependant, la région du verumontanum dans l'urèthre prostatique.

Les *instillations*, à l'aide de l'ingénieux appareil de Guyon, trouveront alors leur indication; c'est à elles qu'on aura recours pour porter sur l'un ou l'autre des endroits habituellement altérés un

liquide modificateur à action puissante, le nitrate d'argent en solution de 1 à 10 p. c. ou même plus, le sulfate de cuivre de 1 à 10 p. c.; l'instrument permet à la fois de limiter l'action du topique en ne déposant dans le canal que quelques gouttes de la solution, et de déterminer avec une précision suffisante le point touché, grâce aux sensations fournies par l'olive terminale.

On fera ainsi 4 à 5 instillations successives, espacées de 48 heures, dans l'un ou l'autre des deux urèthres ou dans l'un et l'autre simultanément, suivant les cas, puis, après un intervalle de repos de 8 à 15 jours, on recommencera une nouvelle série, après laquelle il sera inutile d'insister.

Je ne m'étendrai pas davantage sur la méthode des instillations à laquelle j'ai consacré il n'y a pas longtemps une étude spéciale dans la *Revue;* je me bornerai à dire que cette méthode donne tantôt des résultats excellents et tantôt échoue complètement; cette différence provient surtout, d'après ce que j'ai remarqué, de la nature de l'écoulement.

Lorsqu'il existe encore des gonocoques dans le canal, les instillations au nitrate sont d'ordinaire plus nuisibles qu'utiles, en ce sens qu'elles exagèrent l'écoulement et lui restituent le caractère purulent; elles donnent au contraire des résultats merveilleux dans le cas de sécrétions purement catarrhales; il importe donc de débarrasser l'urèthre du gonocoque avant de recourir aux instillations.

Je ne ferai pas mention des autres appareils, dits *porte-remèdes*, imaginés pour porter des topiques sur un point déterminé de l'urèthre, parce que la sonde de Guyon, à bout olivaire, est l'instrument le plus simple et le seul qui se soit vulgarisé chez nous.

Il s'en faut toutefois que les instillations guérissent toutes les blennorrhées; en cas d'échec, on pourra songer à faire appel au *porte-caustique de Lallemand*, un instrument qu'à une certaine époque tout médecin se croyait obligé de posséder dans sa trousse et qui est maintenant trop discrédité peut-être.

L'inventeur avait imaginé de cautériser l'urèthre prostatique chez les individus atteints de blennorrhée ou de spermatorrhée, et, s'il a abusé de ce moyen et bien d'autres après lui, il est incontestable que le porte-caustique a guéri un certain nombre d'écoulements rebelles

à tous les autres traitements; il convient d'ajouter que l'instrument provoque une cautérisation énergique et a parfois dépassé le but.

Un reproche à faire à l'instillateur de Guyon et à tous les porte-remèdes, y compris le porte-caustique de Lallemand, c'est qu'ils agissent à l'aveuglette sur des points que l'on peut avoir les meilleures raison de supposer malades, mais qui peut-être aussi sont demeurés sains et qu'ainsi ils ne frappent pas toujours juste.

Il n'y a pas lieu de faire le même reproche à la *cautérisation guidée par l'endoscope.*

« Ce qu'on ne peut faire avec les moyens ordinaires, avait dit déjà Desormeaux, l'endoscope nous donne le moyen de le faire aisément, sûrement L'instrument porté sur la partie malade permet de juger les points à attaquer et d'y appliquer le caustique; il suffit pour cela, lorsqu'on trouve un point malade au fond de la sonde, de l'arrêter et d'introduire par sa fente l'instrument chargé de caustique; on est sûr d'atteindre ainsi les parties malades et de ménager les parties saines. »

Depuis, l'instrument primitif de Desormeaux a été perfectionné et l'endoscope est devenu dans les cliniques spéciales d'un usage journalier pour la cure de la blennorrhée ; un œil exercé permet de découvrir, grâce à lui, les lésions qui entretiennent l'écoulement, sous forme de surfaces dénudées d'épithélium et bourgeonnantes, de vascularisations limitées ou de plaques sclérosées.

On arrive à guérir ces lésions au bout de deux ou trois applications de solutions de nitrate d'argent concentrées, de teinture d'iode pure ou mitigée.

Je ne décrirai pas l'appareil, qui se compose essentiellement d'une petite lampe électrique, adaptée à un tube en forme de sonde; il permet d'explorer par la vue le canal ainsi que la vessie.

Sans doute, l'endoscope seul permet de guérir radicalement des blennorrhées qui avaient résisté à tout, mais je n'ai pas besoin d'ajouter que l'usage de cet instrument est destiné à rester le privilège de certains spécialistes.

Il y a un dernier moyen de traitement de l'uréthrite chronique, peu répandu, auxquelles les praticiens auront recours, lorsque les lavages et les instillations seront restés impuissants : je veux parler de *la dilatation de l'urèthre.*

Dans la blennorrhagie chronique, l'infiltration de cellules embryonnaires du tissu sous-muqueux aboutit à la longue à la sclérose, et entraîne une perte d'élasticité de l'urèthre ou une diminution plus ou moins appréciable de son calibre en certains points.

Les lésions seront toujours présumées dans les cas invétérés et en conséquence, la dilatation systématiquement pratiquée; pour les reconnaître positivement et en déterminer avec précision le degré et l'étendue, on aura recours à une exploration minutieuse du canal.

Un instrument précieux à cet effet est représenté par la sonde molle à bout olivaire; en choisissant une grosse olive et en promenant l'instrument lentement dans le canal, le doigt se renseigne exactement de l'état du canal : en certains endroits, il constate qu'il a perdu sa souplesse normale; en d'autres, qu'il présente une légère coarctation, enserrant l'olive et retardant sa progression.

Le cathétérisme avec la sonde métallique de calibre normal reconnaîtra d'autre part l'existence de rétrécissements, mais ce moyen vulgaire ne permet de constater que des lésions assez grossières, altérant à un degré notable déjà le calibre du canal.

Pour faire saisir la justesse de cette observation, je dois entrer dans quelques développements.

D'après des recherches consignées dans un travail du dr Albarran sur les rétrécissements larges de l'urèthre (*Annales des mal. des org. génit. urin.*, octobre 1893), voici quelles sont les dimensions les plus fréquentes de l'urèthre pénien, étudiées chez le vivant en différents points, et appréciées en numéros de la filière Charrière :

Méat	25 à 30.
Fosse naviculaire	30 à 35.
Région pénienne	35 à 36.
Région scrotale	36 à 39.
Bulbe	35 à 38.

On voit d'après ce tableau que le méat étant le point le plus étroit du canal, la sonde la plus volumineuse qu'il pourra admettre, le n° 25 Charrière, par exemple, passera dans toute l'étendue du canal sans rien constater d'anormal, dans les cas où le calibre de l'urèthre dans la région bulbaire sera pourtant déjà sensiblement réduit; dans les cas, par exemple, où il aura passé du n° 35 au n° 25. On voit

ainsi comment des rétrécissements notables déjà échappent au procédé ordinaire d'exploration.

C'est là ce qu'on est convenu d'appeler *les rétrécissements larges*, sur lesquels les travaux d'Otis ont particulièrement attiré l'attention; Rollet a parlé également à propos de la blennorrhagie des *rétrécissements larvés*.

Pendant longtemps, on n'a guère tenu compte des observations d'Otis, mais on est d'accord à présent pour en reconnaître la justesse et l'importance : Otis avait exagéré du reste, lorsqu'il avait écrit : « un écoulement chronique est le symptôme dont se sert la nature pour signaler au médecin intelligent un début de rétrécissement. »

Sous le nom de rétrécissements larges, il faut comprendre une coarctation uréthrale assez légère pour ne pas déterminer les troubles classiques de la miction des rétrécissements ordinaires et pour passer inaperçue à la simple exploration du canal par la bougie à boule ou la sonde ordinaire.

Comme les rétrécissements larges jouent un rôle important dans l'histoire de l'uréthrite chronique, il importe cependant de les dépister; c'est à quoi on arrive au moyen de *l'uréthromètre*.

C'est le seul instrument qui soit capable de fournir des renseignements exacts sur l'état du canal; il en signale la moindre infiltration et la moindre perte d'élasticité.

Il y a l'uréthromètre d'Otis et l'uréthromètre de Weir; Janet donne la préférence à celui-ci : son extrémité dilatable se compose de deux demi-olives susceptibles de s'écarter l'une de l'autre; il est introduit fermé jusqu'au bulbe; là, on tourne la vis qui se trouve au bout du manche jusqu'à ce que le malade accuse un sentiment de tension désagréable, et on note le chiffre marqué sur le cadran; on répète la même mensuration aux différents points.

Le tableau suivant, emprunté à Janet, rend bien compte des services que rend l'uréthromètre; il consigne les résultats de quelques mensurations typiques.

	Deux urèthres normaux.		Deux urèthres de blennorrhagie chronique.	
Bulbe	40	32	40	25
Périnée	35	30	28	30
Scrotum	32	28	32	28

Angle pénio-scrotal	30	25	30	21
Pénis	28	23	28	23
Méat	24	20	24	20

On voit dans ce tableau, comme dans le précédent, que l'urèthre normal diminue progressivement de calibre du bulbe au méat; on note la présence de rétrécissements larges, au périnée dans la troisième colonne, au bulbe et à l'angle pénio-scrotal dans la quatrième.

L'uréthromètre n'est pas entre les mains de tous les praticiens, mais au moins tous mes lecteurs auront désormais présente à l'esprit, dans le cas d'uréthrites chroniques rebelles, la possibilité de l'existence de rétrécissements larges et comprendront les avantages de la dilatation.

Au surplus, le passage d'instruments volumineux dans l'urèthre n'a pas seulement pour effet de restituer au canal son calibre normal, il exécute encore un véritable massage de la muqueuse, qui favorise la résorption des exsudats et restitue au canal sa souplesse normale.

Je ferai ici, en passant, une courte mention du traitement de l'uréthrite chronique par les *bougies médicamenteuses*. Ces bougies sont appelées à agir à la fois par les propriétés topiques des substances qui y sont incorporées et comme instruments de dilatation et d'assouplissement du canal, mais je ne saurais les recommander.

Il est bien entendu que, quand on arrive à la dilatation du canal, celui-ci a été au préalable débarrassé du gonocoque ou des autres microbes qui s'y trouvaient, car sinon, l'introduction d'instruments pourrait provoquer des complications.

Or, les lavages au permanganate, au sublimé et au nitrate d'argent, ainsi que les instillations médicamenteuses, réalisent la désinfection de l'urèthre bien mieux que les bougies médicamenteuses, et ainsi on n'a plus à demander à la dilatation qu'un simple effet mécanique.

J'ai beaucoup employé soit les bougies rigides dites de Reynal, soit plus souvent encore les *antrophores*, qui ne sont à tout prendre que des bougies flexibles d'un emploi plus commode que les bougies ordinaires; je n'en ai jamais obtenu de résultats appréciables et je les ai complètement abandonnées, depuis que j'ai recours aux grands lavages de l'urèthre.

Je mets sur le même pied que les bougies les *sondes métalliques à rainures* imaginées par Casper, dans le but de recevoir avant d'être

introduites un topique quelconque, ainsi que *les bougies en gomme, plongées dans un mélange médicamenteux*, avant d'être poussées dans l'urèthre.

Voici par exemple une formule préconisée par Horteloup pour le traitement de la goutte militaire :

Lanoline	95 grammes.
Huile d'olives	5 »
Iodure de potassium	5 »
Iode métallique	50 centigr.

On plonge des bougies dans cet onguent liquéfié, puis on les retire et on les laisse sécher à la température de la chambre. On graisse ensuite les bougies ainsi enduites et on les introduit dans l'urèthre, dont la chaleur fait fondre l'onguent.

Je le répète, il suffit que la dilatation agisse mécaniquement, et elle se fera simplement et exclusivement au moyen des *bougies métalliques* et de préférence avec les *bougies de la série Béniqué* : il est bon de remarquer que les n^os des bougies Béniqué ne correspondent point avec les n^os de la filière Charrière ; ceux-ci sont de moitié moins élevés approximativement.

Il est généralement inutile de faire pénétrer le bec de la bougie au-delà du milieu de la portion membraneuse, car les lésions ne vont pas plus loin.

On procédera à la dilatation graduelle, en introduisant des bougies de plus en plus volumineuses, comme lorsqu'il s'agit de traiter un rétrécissement ; seulement, comme il est facile de le comprendre après ce que j'ai dit des rétrécissements larges, il importe de pousser la dilatation très loin : on atteindra toujours les limites de la dilatabilité du méat, c'est-à-dire qu'on ira jusqu'au n° 60 ou 62 Béniqué.

Faut-il aller plus loin ? Au-delà, le méat constitue un obstacle aux progrès de la dilatation ; il faut même un méat normalement très large pour passer un Béniqué du n° 60 ; or, les parties profondes de l'urèthre antérieur ont un calibre correspondant aux n°s 80 ou 90 de la série ; il serait donc impossible de restituer par la dilatation simple à toutes les parties de l'urèthre leurs dimensions premières, de supprimer les rétrécissements dits larges, et cependant c'est là une condition indispensable pour le succès de la médication.

Néanmoins, on peut dans bon nombre de cas s'arrêter au n° 60 Béniqué et guérir ainsi des écoulements rebelles ; dans les cas où la dilatation est insuffisante, ou le méat trop étroit, on arrive à tourner l'obstacle provenant du méat de deux façons différentes.

La première consiste à débrider le méat : Otis n'a pas hésité à fendre vraiment le gland en deux par une section énorme ; Guyon et Janet n'acceptent pas facilement cette section étendue, parce qu'ils trouvent que l'étroitesse du méat n'est pas sans utilité, surtout au point de vue de la propulsion du sperme.

On ne se privera pas cependant de la ressource que peut donner un débridement au moins modéré du méat, dans les cas où il est normalement assez étroit.

Albarran n'hésite pas même à recourir dans les cas de rétrécissements larges à l'inoffensive uréthrotomie interne.

L'usage du *dilatateur uréthral* permet de pousser la dilatation aussi loin que possible, sans nécessiter l'incision du méat ; le dilatateur d'Oberländer est surtout usité : il se compose de deux tiges métalliques dont l'écartement se marque en numéros Charrière sur un cadran supporté par le manche de l'instrument ; on l'introduit fermé, on l'ouvre aux endroits rétrécis, jusqu'à ce que le madale éprouve une sensation de tension désagréable et on le laisse en place pendant 5 à 10 minutes ; pour éviter le pincement de la muqueuse, les branches de l'instrument sont enfermées dans une gaîne de caoutchouc.

Les séances sont répétées deux fois par semaine, et, à chacune d'elles, on gagne un numéro ou même un demi-numéro seulement ; on continue jusqu'à ce qu'on soit arrivé à restituer aux parties malades leur calibre normal, ce dont on se rend assez facilement compte par l'uréthrométrie des parties saines.

Après la dilatation, le traitement de la blennorrhagie chronique sera d'ordinaire arrivé à son terme ; cela ne veut pas dire que, au bout de cette longue période de traitement, commençant par les lavages au permanganate, au sublimé et au nitrate d'argent, passant par les instillations et se terminant par la dilatation, tout écoulement sera invariablement supprimé ; même entre les mains des habiles à manier l'endoscope, l'uréthromètre et le dilatateur uréthral, il y a des écoulements rebelles.

Que faire alors? Ricord l'avait déjà dit : « *Lorsqu'on a tout essayé sans succès, il faut essayer de ne plus rien faire.* »

Le mieux est alors de s'en remettre au traitement général et à l'hygiène, qui souvent, surtout avec l'aide du temps, font plus que les traitements locaux indéfiniment prolongés ; les balsamiques donnent quelquefois à ce moment de bons résultats.

En somme, on a fait pour le malade tout ce qu'il importait de faire, lorsqu'on a débarrassé son canal du gonocoque et des infections secondaires et guéri les lésions anatomiques appréciables, et on est autorisé à le rassurer complètement sur les conséquences d'un suintement muqueux insignifiant qui peut persister indéfiniment.

La restitution *ad integrum* de l'urèthre n'en restera pas moins, malgré les progrès récents du traitement, dans bien des cas invétérés, comme dit Janet, un but presque chimérique ; aussi importe-t-il avant tout de ne pas laisser les blennorrhagies s'éterniser.

« On gagne une chaude pisse un jour, avait dit Ricord, Dieu sait quand elle finira. » Nous n'en sommes plus là aujourd'hui, grâce au traitement par les lavages au permanganate, et, arrivé au terme de mon long travail sur la blennorrhagie, je me permets de penser qu'il n'aura pas été sans utilité, si j'ai réussi à convaincre mes lecteurs de la nécessité d'instituer, d'aussi bonne heure que possible, un traitement énergique et efficace contre une affection, comme celle-là, aussi insignifiante en apparence, aussi grave en réalité.

Dr DANDOIS.

LES INJECTIONS DES LIQUIDES ORGANIQUES.

Il n'est pas encore possible d'émettre une appréciation définitive sur les résultats thérapeutiques que peuvent procurer les injections des extraits de certains organes ou glandes de l'économie.

Ce n'est pas que les inventeurs ne continuent à prôner l'efficacité de la méthode.

Résumant les résultats obtenus par les médecins auxquels il a fourni du liquide testiculaire, Brown-Séquard établit d'abord — un point sur lequel tout le monde est d'accord — que les injections pratiquées

avec les précautions antiseptiques nécessaires ne présentent aucun danger.

Il signale ensuite les quelques affections dans lesquelles les injections se sont montrées particulièrement avantageuses; à savoir l'ataxie locomotrice, le cancer et la tuberculose.

L'ataxie locomotrice vient en premier lieu : le liquide testiculaire a échoué trois ou quatre fois au plus, sur plus de 300 cas de cette affection !

Un certain nombre de cancers, la plupart utérins, ont été améliorés : cessation de la suppuration, des douleurs, des hémorragies, diminution ou moins apparente du volume de la tumeur, disparition des œdèmes.

La *tuberculose* lui a fourni également de beaux succès, manifestés par une amélioration générale et locale qui se maintient depuis longtemps déjà.

Il donne le conseil d'injecter à certains sujets des quantités assez considérables de liquide testiculaire, quand les premières injections ne produisent pas d'amélioration.

D'autre part, Constantin Paul prétend à nouveau, après une expérience prolongée, que la transfusion nerveuse nous a mis en possession d'un nouveau tonique névrosthénique supérieur à ceux que nous a fournis jusqu'à présent la matière médicale.

Il a soigné plus de cent malades par la médication nouvelle, mais, ne s'occupant que de la *neurasthénie*, il apporte cinquante observations de malades guéris ou très améliorés par la transfusion nerveuse; presque tous ont été observés par lui personnellement; il y a eu un certain nombre d'insuccès.

L'auteur résume ses observations dans la conclusion suivante :

La transfusion nerveuse, faite avec une dilution de la substance grise du cerveau et habituellement du cerveau de mouton, provoque la production de nouvelles forces nerveuses. C'est un tonique nerveux par excellence. Le premier bénéfice de cette transfusion est de donner un peu de sommeil, condition nécessaire pour la transformation des forces alimentaires en forces physiologiques.

Ces forces reviennent le plus souvent dans le même ordre. D'abord l'émotilité diminue, les sens se réveillent, l'intelligence se développe. Puis l'appétit revient, les forces physiques augmentent, alors la thérapeutique ordinaire redevient active quand elle n'agissait pas auparavant. Une chose à remarquer c'est l'heureuse influence de la transfusion nerveuse sur la force du cœur. Enfin, quand l'organisme a repris son équilibre, la virilité reparaît comme complément de la guérison.

Quant aux faits recueillis par d'autres expérimentateurs, ils sont

assez contradictoires, mais en général plutôt défavorables à la méthode.

Il n'y a personne assurément qui admettra avec Brown-Sequard que le suc testiculaire puisse guérir l'ataxie locomotrice, le cancer ou tuberculose.

Charcot a toujours attendu qu'on voulût bien guérir par ce moyen un seul ataxique vrai de son service. Aucun liquide organique ne peut évidemment faire disparaître des lésions organiques aussi irrémédiables que celles du tabès; Brown-Sequard a eu affaire à de pseudo-ataxiques, ou bien il a guéri chez des ataxiques vrais certains symptômes relevant de l'hystérie, l'ataxie étant souvent doublée d'hystérie.

Peut-être cependant, faut-il reconnaître avec le prof. Peter que le liquide testiculaire a pu rendre quelques services dans l'ataxie locomotrice, surtout à une période peu avancée de la maladie ; atténuer dans une certaine mesure les douleurs fulgurantes, l'incoordination motrice, en un mot, tous les symptômes produits par les troubles fonctionnels de l'axe spinal, sans modifier en rien l'état anatomique, la sclérose des cordons postérieurs ; les injections agiraient dans ce sens par leur action tonique.

Ajoutons que C. Paul prétend que la transfusion nerveuse est efficace au même titre, sinon à un degré plus accusé encore, que le liquide testiculaire, pour combattre les phénomènes de l'ataxie.

De même, personne n'a pu confirmer les observations du d^{r} Babés relatives à la curabilité de l'épilepsie par les injections de substance nerveuse; de Wecker et d'autres oculistes n'ont rien obtenu des injections sequardiennes dans les affections oculaires dépendant de l'ataxie.

Cornet et Bourneville ont fait aussi une série d'expériences pour rechercher l'action du suc testiculaire chez les épileptiques ; ils ont traité 28 malades Sur ce nombre 20 ont vu leurs attaques augmenter et 8 diminuer. L'intelligence a été peu modifiée, elle a plutôt baissé. La déchéance a continué à se produire. Enfin les injections n'ont pas prévenu les complications : pendant le traitement un des enfants est mort dans une attaque, l'autre, très cachectique, a succombé à une congestion pulmonaire.

En ce qui concerne les neurasthéniques, il ne faut pas oublier que ce sont des sujets particulièrement impressionnables ; et, même chez eux, nous n'avons, quant à nous, obtenu aucun résultat appréciable dans les quelques cas où nous avons injecté, soit du liquide testiculaire, soit de la substance nerveuse.

Une raison qui doit mettre les praticiens en garde contre un enthousiasme exagéré, vis-à-vis des injections, c'est qu'il n'y a pas dans la littérature médicale un seul avis favorable émanant de cliniciens d'une notoriété ou d'une autorité incontestables.

Ce serait cependant de l'exagération de prétendre que tous les avis favorables émanent d'observateurs superficiels ou de mauvaise foi ; les injections de liquides organiques produisent des effets incontestables et il s'agit seulement de rechercher à quelle influence il faut les attribuer.

Il est d'abord certain que la suggestion joue un grand rôle, étant donnés surtout les malades auxquels on s'adresse habituellement ; ce qui le prouve, c'est que l'on a obtenu des résultats équivalents chez certains malades avec les liquides les plus divers, avec de simples solutions salines, avec de l'eau distillée ; on peut donner toutefois à ce fait une autre interprétation, comme nous le dirons plus loin.

La suggestion à elle seule ne rend cependant pas suffisamment compte des phénomènes observés, témoin les effets obtenus chez certains animaux, et les modifications physiques qu'on observe chez des malades même inconscients, tels que le ralentissement du pouls, l'augmentation des forces musculaires.

Faut-il envisager en l'occurrence une action réellement spéciale exercée par les produits organiques renfermés dans les liquides injectés ?

On sait que telle est l'hypothèse de Brown-Séquard ; pour lui, les glandes proprement dites ne se bornent pas à élaborer des produits qui sont déversés à l'extérieur par leurs canaux excréteurs, mais elles fabriquent encore certains matériaux qui sont repris sur place par le sang ; c'est à ceux-ci que seraient dus les effets des injections de substances organiques, suivant le principe général qu'il a énoncé : « Les manifestations morbides, qui dépendent de la suppression ou de l'insuffisance de la sécrétion interne d'un organe, peuvent être avantageusement combattues par des injections hypodermiques d'extraits liquides retirés de cet organe pris chez un animal bien portant. »

Ce qui nous empêche d'écarter *a priori* cette hypothèse, c'est l'action remarquable des injections de suc thyroïdien.

On sait, en physiologie, que l'ablation de la glande thyroïde chez les chiens amène rapidement la mort avec un état morbide très complexe, et que, si, chez les cobayes, par exemple, on peut noter une survie, c'est que de petites glandes accessoires peuvent jouer le rôle de la glande thyroïde et la suppléer en partie.

Il y avait lieu d'envisager si, par les injections du suc de la glande thyroïde, on pouvait, après son ablation, atténuer, dans une certaine mesure, les phénomènes morbides. C'est dans ce but qu'ont été institués les expériences physiologiques de Gley et Vassale.

Or ces expériences ont donné des résultats positifs qui ont été transportés dans la thérapeutique : on a réussi à faire disparaître

par les injections de suc thyroïdien les phénomènes si remarquables du myxœdème spontané ou opératoire, résultant chez l'homme de l'altération ou de l'absence du corps thyroïde, ainsi que de son ablation ; ce qui est surprenant, c'est que l'administration *per os* du suc thyroïdien aurait le même effet favorable.

Si ces faits se confirment, et, bien que la glande thyroïde dépourvue de canal excréteur ne puisse être assimilée à la glande spermatique, encore moins à la matière cérébrale, il y aura lieu de se montrer circonspect avant d'affirmer que les injections de substances organiques n'exercent pas sur l'économie des effets spéciaux.

Il y a encore une autre hypothèse émise par le d[r] Chéron. Après avoir étudié les effets des injections les plus diverses préconisées dans ces derniers temps (liquide testiculaire, solutions salines, etc.), il conclut que toutes les injections hypodermiques produisent une série d'effets identiques, quel que soit le liquide introduit sous la peau, à condition qu'il ne possède aucun pouvoir toxique et qu'il n'exerce aucune action locale nocive.

Ces effets n'auraient rien de spécifique par conséquent, mais résulteraient de l'excitation exercée par l'injection sur les houppes nerveuses des vaisseaux ; c'est par cette voie que serait éveillée l'action des centres bulbaires et cérébraux ; l'auteur compare ces effets à l'action de la friction sèche, des bains salés qui porte sur les éléments nerveux du tégument externe, des cures d'eau, de l'aérothérapie, etc.

Bref, les effets des injections seraient purement dynamiques et consisteraient surtout dans l'élévation de la tension artérielle.

Il est donc rationnel, d'après lui, au lieu de recourir à des substances animales, telles que le suc testiculaire ou la matière cérébrale, qui sont en tout cas plus ou moins difficiles à trouver et à conserver, de donner la préférence à un sérum artificiel chimiquement pur, toujours identique à lui-même, pouvant être préparé sans difficulté et susceptible de se conserver, sans altération, pendant longtemps.

Il donne la préférence au mélange suivant :

Chlorure de sodium	2 grammes.
Phosphate de soude	4 grammes.
Sulfate de soude	8 grammes.
Acide phénique	1 gramme.
Eau distillée	100 grammes.

La quantité à injecter, tous les jours ou tous les deux jours, variera de 5 à 60 grammes.

L'auteur a spécialement recommandé cette médication pour favoriser la résolution des exsudats de pelvi-péritonite.

L'opinion du d[r] Chéron a au moins l'avantage de mettre d'accord

à la fois ceux qui préconisent les injections de substances organiques, comme Brown-Séquard et Constantin Paul, et ceux qui donnent la préférence aux simples solutions salines, comme le d[r] Crocq fils et le d[r] Luton.

Pour conclure, il semble qu'on doive admettre que toutes ces injections, outre l'effet suggestif, ont en général un bon effet tonique que l'on peut utiliser dans les cas variés de débilité de l'organisme.

C'est, entre autres opinions favorables, l'avis du d[r] Moncorvo : il y a un fait indéniable, d'après lui, c'est que les malades soumis à l'influence de l'extrait liquide et stérilisé de cerveau de mouton, quoique atteints de maladies bien différentes, suivies d'affaiblissement général ou de distrophie, subissent une modification très manifeste de leur nutrition, se traduisant par la réparation de leur bien-être général, le relèvement de la force musculaire, l'accroissement du poids, l'activité des fonctions digestives, le rétablissement d'un sommeil calme et réparateur, le renforcement des qualités eérébrales.

Il est ainsi porté à admettre une propriéré tonique marquée de l'extrait liquide en question sur le système nerveux central, d'où résulte la réintégration de son pouvoir régulateur de la nutrition intime des tissus et de l'activité fonctionnelle des organes.

Dans tous les cas, il faudra une observation plus longue, plus minutieuse, réellement scientifique, — ce qui a manqué jusqu'à présent — avant d'admettre que cet effet tonique, le plus souvent passager, a une réelle valeur thérapeutique.

Le traitement du myxœdème constitue jusqu'ici, semble-t-il, la plus belle application de la méthode de Brown-Séquard, la seule peut-être qui restera. L.

—

DES MOYENS PHYSIQUES ET DIÉTÉTIQUES DE COMBATTRE L'INSOMNIE.

Nous empruntons à la *Gaz. médic. de Liége* l'exposé des moyens de cet ordre proposés par le d[r] Buxbaum :

Les *mouvements musculaires* conviennent principalement aux personnes qui mènent une existence désœuvrée, ne se fatiguent pas et ont un mauvais régime. Sous l'influence d'une gymnastique méthodique, le sommeil reprend peu à peu ses qualités normales de durée et d'intensité.

L'*usage alimentaire du petit lait* préconisé par Preyer est un remède simple basé sur la formation de l'acide lactique en excès dans les muscles des animaux à la suite d'un exercice forcé : l'accumulation de ce produit de désassimilation engendre la somnolence, le sommeil.

Le *massage* joue un rôle important dans le traitement de l'insomnie. L'efficacité de ce remède est surtout évidente dans la chorée : il suffit de coucher l'enfant horizontalement et de promener la main sur son corps, en effleurant légèrement la peau, pour voir l'agitation choréique cesser au bout de quelques minutes et souvent le sommeil survenir. Le massage est aussi très efficace contre l'insomnie due à la nervosité, à l'atonie du tube intestinal, au catarrhe gastro-intestinal. Dans ces cas, il faut masser l'abdomen.

L'*électricité* convient particulièrement chez les sujets atteints de faiblesse générale, d'adynamie.

Les *procédés hydriatiques*, ayant pour effet immédiat de dilater les vaisseaux cutanés et d'opérer ainsi une déplétion des vaisseaux de la tête et du cerveau, provoquent en un temps relativement court un sommeil naturel et réparateur. L'application directe du froid sur la tête contracte les vaisseaux par voie réflexe ; mais de tous les procédés, le plus efficace est l'*enveloppement dans un drap mouillé*. Il convient surtout chez les déments agités, les neurasthéniques et les fiévreux. Au réveil, le malade régénéré n'éprouve ni pesanteur de tête, ni vertige, ni aucun des autres phénomènes plus ou moins désagréables qu'entraîne l'usage de la plupart des soporifiques.

L'enveloppement sera prolongé jusqu'à ce que la peau se soit réchauffée complètement, sans aller jusqu'à la transpiration. Il devra toujours être suivi d'un lavage à l'eau froide ou d'une friction ou d'un demi-bain, ou d'une douche en pluie.

La *ceinture hydropathique*, en cas principalement de dyspepsie nerveuse ; le *demi-bain* avec de l'eau refroidie progressivement de 30° à 25° et combiné avec une friction pas trop énergique, de préférence chez les fiévreux ; enfin le *bain de siége* (20°-25°), sans essuyer le patient, lorsque l'insomnie dépend d'un trouble des fonctions végétatives ou d'un état d'irritation des organes sexuels, agissent favorablement : de même encore les *bains de pieds* dans l'eau courante et les applications de Priessnitz sur les mollets, quand l'insomnie est la conséquence d'un état congestif de la tête. L.

DE LA MÉDICATION HYPNOTIQUE.

Le d[r] Legendre, dans le *Concours médical*, s'est particulièrement attaché à l'étude des hypnotiques de vieille date.

L'opium et la morphine sont les médicaments de choix pour faire dormir, *quand la cause de l'insomnie est la douleur*.

Incidemment, l'auteur rappelle qu'il en faut être particulièrement sobre aux deux extrêmes de la vie. L'opium, comme moyen sopori-

fique, doit être à peu près banni de la thérapeutique du premier âge.

La morphine, surtout en injections hypodermiques, n'est pas sans danger chez les sujets très âgés, dont les reins si souvent scléreux n'éliminent pas vite; quand on donne à ces sujets la morphine par les voies digestives, l'absorption de la dose ingérée ne s'opère que graduellement, le foie est là pour en arrêter une partie au passage, et il y a moins à craindre que le tissu nerveux soit d'emblée opprimé par la totalité de la dose de poison mise en circulation. Il faut rappeler toujours la nécessité de ne faire d'injection de morphine, même chez un adulte, que si on sait que le rein fonctionne bien, et de ne jamais commencer par une dose élevée.

Parmi les nombreux alcaloïdes de l'opium, on sait, depuis les travaux de Cl. Bernard et de Rabuteau, que trois seulement sont soporifiques et à un degré inégal : par ordre de puissance soporifique décroissante, chez l'homme, se rangent la morphine, la narcéine et la codéine. Par ordre de toxicité décroissante, on range la morphine, la codéine et la narcéine.

La narcéine se donne chez l'adulte à doses dix fois plus fortes que la morphine (10 à 20 centigrammes). Elle produit, comme la morphine, de la constipation, mais pas de phénomènes nauséeux; elle diminue moins la sécrétion urinaire. La question à résoudre est de trouver de la narcéine pure; comme elle est peu usitée, la plupart des officines n'en ont pas de bonne.

On peut dire la même chose de la codéine, qui est le plus souvent mélangée de morphine ou de narcéine. Il est admis qu'elle est très peu soporifique et faiblement analgésique; elle est d'ailleurs peu toxique (10 à 15 centigrammes peuvent être donnés comme première dose). Bardet en a pris 40 centigrammes et en a fait prendre 80 centigrammes sans accidents. Elle ne tarit pas les sécrétions comme l'opium et la morphine. Quand l'insomnie est provoquée par la toux, la codéine peut jouer utilement le rôle d'un hypnotique indirect; car elle calme bien la toux.

Le *chloral* vient aussitôt après la morphine comme valeur pour faire dormir. Ce n'est pas qu'il soit analgésiant d'une manière appréciable. Ses avantages sont de ne pas constiper, de ne pas diminuer la sécrétion urinaire, de ne pas provoquer une accoutumance rapide comme l'opium et la morphine. Ses inconvénients sont d'être irritant pour les premières voies digestives à cause de sa saveur brûlante et de sa causticité, qui oblige à le diluer dans une quantité assez abondante de liquide; d'exercer sur le cœur une action dépressive.

L'indication principale du chloral est dans les *insomnies par surexcitation nerveuse*, par agitation maniaque.

Le chloral rend de grands services dans la thérapeutique infantile ; l'auteur n'a jamais eu d'accidents chez des enfants même très jeunes.

Le chloral est très précieux en lavements, dilué dans du lait battu avec un jaune d'œuf; le d[r] Legendre le donne dans la broncho-pneumonie où l'insomnie est si souvent tenace, et où il est indispensable pourtant que l'enfant repose quelques heures pour refaire ses forces. Le chloral est tout indiqué pour faire dormir les choréiques graves.

L'antipyrine n'est pas un médicament hypnotique ; mais, comme calmant de la douleur, elle amène indirectement le sommeil chez les migraineux et les névralgisants, chez les grippés, chez les femmes ayant de la dysménorrhée, dans les crises peu intenses de coliques hépatiques ou néphrétiques. Elle est souvent plus efficace en lavements, mais à doses de 3 grammes d'emblée chez l'adulte, quand la douleur qui cause l'insomnie a son siège dans l'abdomen.

Il ne faut pas oublier qu'il y a grand parti à tirer des *associations médicamenteuses* comme hypnotiques ; on associe utilement le chloral et les *bromures*, la morphine et la codéine.

A la Société de thérapeutique, le d[r] Jasiewicz a donné lecture d'une étude sur les substances considérées comme somnifères introduites dans ces dernières années dans la thérapeutique.

L'hydrate d'amylène a une puissance hypnotique qui tient le milieu entre le choral et la paraldéhyde. Ce corps est soluble dans l'alcool et peu soluble dans l'eau. La dose moyenne est de 4 gr. par jour, la dose maxima 8 gr. Il n'aurait aucune action sur le cœur, ni l'estomac, et rendrait des services surtout chez les aliénés.

Le *chloralamide*, ou chloral formiamide, se dissout dans 9 parties d'eau froide et dans 1 partie 1/2 d'alcool à 96°, s'emploie aux doses de 2, 3 et 4 grammes chez les adultes et de 0 gr. 50 chez les enfants; en injections hypodermiques, on administre de 0 gr. 25 à 0 gr. 30. Quelques gouttes d'acide chlorhydrique facilitent la dissolution. Le chloralamide, à une dose suffisante, provoque le sommeil en une demi-heure. Il aurait sur le cœur la même action que le chloral, mais ne saurait lui être préféré dans l'asthme cardiaque. Sa valeur est encore discutée.

Le *chloralose*, étudié par Hanriot et Ch. Richet, est de l'anhydro-gluco chloral ; il est amer, soluble dans l'eau chaude et l'eau froide à 6 gr. environ par litre. On l'emploie à la dose de 1 gr. 50 au maximum, de 0 gr. 40 en moyenne. Il produit une diminution de l'activité psychique spontanée sans modification de l'activité réflexe et provoque le sommeil sans rêves.

Nous reviendrons tantôt sur cette substance qui semble avoir un

certain avenir et est à présent très en usage à Paris, d'après l'auteur.

L'*hypnal* (monochloral-antipyrine) est analgésique et hypnotique; on peut l'employer à la dose de 1 à 2 gr. en cachets, en pilules et en potions; un gramme de hypnal renferme 45 centigr. de chloral et 55 centigr. d'antipyrine.

L'*hypnone* (acéto-phénone), liquide incolore, volatil, d'odeur intermédiaire à celle de l'essence d'amande amère et de la fleur d'oranger, est insoluble dans l'eau et la glycérine, soluble dans l'alcool, le chloroforme, les huiles.

Son indication restreinte est l'insomnie nerveuse, celle des alcooliques, des surmenés cérébralement. Son action est peu fidèle.

On la donne en capsules ou en perles à dose faible, car sa toxicité est élevée; les doses pour l'adulte sont de 25 à 40 centigrammes, soit 4 à 16 gouttes, en potion, sirop, capsules de 0,05. La dose doit être *prise d'un coup*; la goutte d'hypnone pèse 2 centigrammes et demi, au compte-gouttes de 3 millimètres. On donne 5 à 8 capsules.

Le *méthylal* donnerait de bons effets dans le delirium tremens, mais serait contre indiqué dans tous les états congestifs du cerveau : 1 gr. à 1 gr. 50 par jour; très soluble.

La *paraldéhyde* est un hypnotique instable, qui diminue la sensibilité, abolit la motilité, surtout recommandé aussi dans le delirium tremens (2 à 3 gr. en potions ou en lavement). Ses effets seraient comparables à ceux du chloral, mais elle détermine de la mauvaise odeur de l'haleine.

Le *somnal* est un mauvais hypnotique.

Le *sulfonal* est peu soluble et ne peut s'administrer utilement en potion. Il s'emploie à la dose quotidienne de 2 gr., 1 gr. en cachet, matin et soir, tous les deux jours. D'après C. Paul, les sels et peptones de l'estomac faciliteraient sa dissolution. Huchard et Marandon de Monteil n'en ont pas retiré d'effets très satisfaisants. Il produirait à la longue une intoxication chronique, le sulfonalisme, étudié par Lépine. C'est néanmoins le meilleur et le plus sûr des nouveaux hypnotiques.

En ce qui concerne le sulfonal, le d[r] Legendre fait observer qu'il n'agit que lentement, de deux à quatre heures après qu'il a été administré. Aussi faut-il prévenir le malade, que, s'il veut dormir à l'heure ordinaire, il devra prendre le sulfonal au repas du soir. L'élimination du sulfonal étant lente comme son action, ses effets peuvent se prolonger deux et même trois jours après l'administration d'une seule dose, suivant l'importance de ceux-ci; en pratique, on peut utiliser cette lenteur, pour ne donner le sulfonal que tous les deux jours chez les individus dont on veut combattre l'insomnie. Une dose de 1 gram. est quelquefois suffisante chez l'adulte; plus habituellement 1 gr. 50

sont nécessaires ; beaucoup de médecins ont donné 2 à 3 grammes. Chez les enfants 0 gr. 50 peuvent être donnés vers sept ans. Généralement le sommeil procuré par le sulfonal est profond et réparateur, exempt d'agitation et de rêves. Le réveil n'est pas suivi de sensations de lourdeur et de céphalée à la dose de 2 gr. ; mais à 4 gr. il peut exciter des troubles divers qui rappellent ceux d'un lendemain d'ivresse. L'accoutumance est faible ou nulle, il n'y a point de constipation, point de diminution des urines.

L'insomnie pure et simple, sans douleur ni trouble fonctionnel viscéral pénible, voilà, d'après le même, l'indication par excellence du sulfonal. C'est l'insomnie d'origine nerveuse des hystériques, des neurasthéniques, des individus qui, par excès de travail intellectuel ou de préoccupations, par intoxication alcoolique ou morphinique, par abus du café, ont surexcité leurs cellules cérébrales. Il peut être utilisé chez les *dyspeptiques insomniques*. Il n'y a pas lieu de le conseiller sans restriction aux cardiaques et aux individus ayant de l'angine de poitrine vraie, mais il soulage ceux qui ont de la fausse angine de poitrine névralgique (cardiacalgie de G. Sée). Mairet le préconise comme très utile chez les aliénés.

La *thymacétine*, le *tétronal*, le *trional*, l'*ural*, l'*uréthane*, et pour être complet le *boldo* et l'*acide trichloracétique* sont des hypnotiques peu énergiques ou insignifiants.

Pour conclure, le d[r] Jasiewicz ne pense pas que, sauf des cas exceptionnels, les nouvelles découvertes chimiques aient réussi à fournir des substances capables de remplacer l'opium et ses alcaloïdes, les bromures et même l'hydrate de chloral, médicaments qui présentent du moins cet avantage que, tous, nous en connaissons les propriétés, les indications et les contre-indications. De tous ces remèdes nouveaux, seul, le sulfonal, malgré les accidents nombreux qu'il a déjà occasionnés, semble mériter vraiment une place à côté de ses aînés. Quant aux autres, ils répondent plutôt à des indications très spéciales, ce qui explique jusqu'à un certain point leur abandon.

Quoi qu'il en soit, ajoute-t-il, les médicaments hypnotiques ne sont pas des agents inoffensifs; s'ils servent souvent, ils nuisent parfois, surtout quand leur administration est longtemps prolongée. Il y a une pathologie médicamenteuse toxique qui, chaque année, se complète, à mesure qu'entrent dans la pratique de nouveaux agents. On en use parfois d'une manière un peu inconsidérée, et, on ne saurait trop le répéter, avant d'y recourir, il est de notre devoir de nous enquérir des causes de l'insomnie et de chercher à la guérir tout d'abord par une bonne hygiène, par quelques remèdes simples, et, suivant les cas, par une thérapeutique dirigée contre les causes mêmes du mal que nous sommes appelés à combattre. L.

—

LE CHLORALOSE.

Le chloralose est un médicament nouveau, résultant de la combinaison du chloral et du glucose; il jouit de propriétés hypnotiques nettement constatées par la plupart des expérimentateurs.

Le premier travail publié sur l'action physiologique du chloralose employé chez l'homme, est dû à M. Landouzy qui l'a expérimenté sur 13 malades. La dose a été de 0,20 à 0,30 centigram. pour une nuit, exceptionnellement de 0,40 et même 0,60 en deux fois (le soir et au milieu de la nuit).

Les malades choisis étaient tous des neurasthéniques, sans lésions organiques appréciables et ayant épuisé sans succès la série des soporifiques employés d'habitude.

Chez 11 malades sur 13, le sommeil a été obtenu, en général un sommeil profond, calme, avec un réveil facile et sans malaise : rarement on a observé un léger malaise au réveil.

Certains malades ont continué l'usage du chloralose pendant quatre à six semaines, et toujours sans inconvénients. M. Landouzy le considère comme supérieur au chloral à moindre dose, et moins congestionnant que celui-ci.

C'est à la même conclusion qu'est arrivé M. Moutard-Martin après avoir expérimenté le chloralose sur 7 malades de son service de la Pitié : le sommeil a été rapide, le réveil a été facile, exempt de la lourdeur de tête propre au chloral. Pas de troubles gastriques, pas de constipation, pas de perte de l'appétit. M. Moutard-Martin dit même que celui-ci a plutôt paru augmenté chez quelques personnes. La dose a été de 0,20 à 0,60 administrée en cachets ou en perles.

De plus, on a noté qu'après l'usage du médicament, le sommeil spontané apparaît bien plus facilement qu'avant son emploi, sans cependant être aussi complet qu'avec l'emploi du médicament lui-même. Cette aptitude au retour du sommeil naturel se prolongeait pendant deux à quatre jours.

Féré a administré le chloralose à des hystériques et à des épileptiques et il a obtenu de bons résultats. Les insuccès qui ont été signalés et les phénomènes notés par quelques-uns chez les névropathes, lui paraissent dus à l'insuffisance des doses employées. En effet, les doses indiquées par M. Richet (1 gr. 50 au maximum), sont souvent trop faibles et provoquent des phénomènes d'excitation, sans arriver jusqu'au sommeil; il a dû souvent les dépasser. Chez plusieurs de ses malades, il a prescrit, sans inconvénient, 1 gr. 75 centigr. et même 2 grammes. A l'un d'eux, un hystérique, il a donné jusqu'à 2 gram. 25 centigr., mais il a alors observé des symptômes qui peuvent être

attribués à un commencement d'intoxication; ce sujet, en effet, eut un sommeil profond avec respiration stertoreuse; cependant, au réveil, il se trouvait parfaitement bien.

Pour Lombroso le chloralose est peut être le plus inoffensif de tous les narcotiques, employés si souvent et si largement, ce qui est une erreur, il est en tous cas moins dangereux que le chloral; cependant il produit quelques accidents, tels que tremblement, perte de la mémoire, prurit violent, parésie et étouffement etc. Mais il est possible de les éviter en fractionnant les doses.

En résumé, pour emprunter les conclusions de la *Revue de thérap. médico-chirurg.*, le chloralose est un médicament intéressant qui se présente avec des garanties sérieuses d'innocuité dans son emploi, et qui paraît produire une hypnose plus voisine du sommeil naturel que celle que peuvent donner les médicaments de ce genre employés jusqu'ici.

Quelques observations semblent établir que le chloralose agit comme analgésique, et que, dans les affections douloureuses diverses, il est d'un grand secours.

Malheureusement le chloralose est à peine soluble dans l'eau, même avec addition de sucre et d'alcool. D'après MM. Hanriot et Richet, il faut chauffer pour obtenir ainsi la dissolution de 5 grammes par litre. Il faudrait en donner 50 centigrammes dans une potion de 100 centimètres cubes, mais les cristaux finissent par se déposer dans la liqueur et de plus le produit est d'une amertume considérable. C'est donc sous forme de cachets ou de perles qu'il faut l'employer, ou. chez les personnes qui ne peuvent facilement accepter cette forme pharmaceutique, comme les enfants, par exemple, à l'état de poudre délayée dans du lait.

On considère généralement la dose de 80 centigrammes à 1 gramme comme la dose maximum, mais nous avons vu plus haut qu'on a pu dépasser cette dose sans inconvénient appréciable. L.

HYDROTHÉRAPIE DANS LES MALADIES DU CŒUR.

Nous résumons, d'après la *Gazet. médic. de Liége*, un article du dr Descourtis sur les avantages de l'hydrothérapie chez les cardiaques.

Les affections cardiaques, prétend l'auteur, sont généralement considérées comme une contre-indication à l'hydrothérapie. C'est une erreur manifeste; et, s'il est plus prudent de conseiller l'abstention à des malades dont le système circulatoire est dans des conditions défectueuses, quand ces malades sont abandonnés à eux-mêmes ou confiés à des mains inexpérimentées, on peut presque toujours leur

recommander l'hydrothérapie, si elle est dirigée et surtout si elle est appliquée par un médecin soigneux et compétent.

A propos du traitement par les bains et les douches, le dr Laussedat admet également que, si le malade est jeune, peu nerveux, que les troubles fonctionnels ou les lésions (même en voie d'évolution) soient d'intensité moyenne et de date récente, on a tout avantage à intervenir, chez les anémiques, les rhumatisants, les dyspeptiques, les goutteux, les albuminuriques, avec l'espoir de guérir le cœur ou tout au moins d'exercer une action modificatrice heureuse sur cet organe.

Le dr Descourtis, dans tous les cas où il n'y a pas contre-indication absolue, n'hésite pas à administrer la douche d'emblée, non pas une douche qui, par sa température ou par sa force de percussion, soit capable d'affoler le système nerveux et de troubler profondément la circulation. Lorsque la prudence est commandée par une affection cardiaque, il commence par une douche à faible pression, et jet très divisé, dirigé tout d'abord sur la partie postérieure du corps et principalement sur les extrémités inférieures. C'est une sorte d'arrosage, pour lequel l'eau doit être à une température agréable.

La température au début ne sera guère inférieure à 38°. Puis, quand le malade a pris confiance, quand il a constaté que la circulation est régularisée et non troublée par la douche, alors il l'administre également à la partie antérieure du corps, aux jambes d'abord, à la partie inférieure du tronc ensuite, ne frappant les régions épigastrique et précordiale que s'il est sûr de n'avoir plus rien à redouter. Enfin, il augmente la pression de la douche et, plus tard, dans les cas favorables, il diminue même sa température finale.

D'après lui, l'hydrothérapie est rarement contreindiquée dans les affections du cœur; maniée avec prudence, elle les améliore souvent, les guérit quelquefois, ne les aggrave jamais. L.

—

LE CRACHOIR DE POCHE.

M. le dr Mœller vient de publier, dans le *Mouvement hygiénique*, un petit plaidoyer en faveur du crachoir de poche ; il rappelle que le principal agent de la propagation de la phthisie est constitué par l'expectoration des tuberculeux. Tant que celle-ci est liquide, elle offre relativement peu de dangers, parce qu'elle ne saurait, dans cet état, rester longtemps suspendue dans l'atmosphère et pénétrer dans les voies respiratoires. Il n'en est plus de même quand les matières sécrétées sont desséchées ; alors elles peuvent se pulvériser ; les petites particules de poussière sont facilement soulevées par l'agitation de

l'air; grâce à leur extrême ténuité et légèreté, elles flottent dans l'atmosphère et l'air inspiré les introduit aisément dans les poumons des personnes saines.

Or cette dissémination des expectorations desséchées et leur pénétration dans le tube aérien sont singulièrement facilitées par nos habitudes sociales, soit qu'on recueille ces matières dans le mouchoir, soit qu'on les dépose sur le sol (ce sont les deux manières habituelles de se débarrasser de ses sécrétions bronchiques), leur dessication se fait rapidement; dès lors elles font courir les plus graves dangers à tous ceux qui sont exposés à les inhaler par la respiration.

Le dr Dettweiler, de Falkenstein, a imaginé, il y a plusieurs années, un crachoir de poche qui est destiné à recevoir les expectorations des tuberculeux. C'est un petit flacon en verre bleu de forme allongée, ouvert à ses deux extrémités. L'orifice supérieur, par où l'expectoration s'introduit, s'ouvre dans un entonnoir, qui s'étend à peu près jusqu'au milieu du flacon et a pour but d'empêcher le liquide de s'épancher au dehors, comme dans les encriers inversables. L'orifice inférieur sert à vider le contenu du crachoir Chacun des deux orifices peut se fermer par un couvercle métallique. On doit vider le flacon, dès que le niveau de l'expectoration a à peu près atteint l'extrémité libre de l'entonnoir. Pour nettoyer ce petit appareil, il suffit d'y verser de l'eau froide ou chaude, ou au besoin une solution d'acide phénique (5 p. c.), bien agiter et vider le contenu soit dans le feu, soit dans un regard d'égoût.

A notre avis, continue M. Mœller, il est du devoir de tout médecin donnant ses soins à un phthisique, d'ordonner à celui-ci l'usage du crachoir de poche. C'est le meilleur moyen d'empêcher la propagation de la tuberculose. Aucune objection ne peut être faite à cette prescription par le malade, s'il a le sentiment du devoir envers son prochain. Ce flacon est très portatif; il n'occupe guère plus de place que l'antique tabatière ou le plus moderne étui à cigarettes.

M. Dettweiler va plus loin. Il voudrait — et M. Mœller est de son avis — que le crachoir de poche fût adopté par toutes les personnes qui toussent et expectorent. Car on ne peut jamais savoir à l'avance et sans examen bactériologique, si les expectorations produites par ce qui paraît un simple rhume ne renferment pas de bacilles de la tuberculose.

Jusqu'ici le crachoir de poche n'a pas été vulgarisé en Belgique. On ne lui a, du reste, épargné ni les critiques, ni les sarcasmes. On oublie trop, fait observer M. Mœller, que le mouchoir de poche, qui tient à cœur à tant de personnes, a été complètement détourné de sa destination première. L'étymologie du mot ne prouve-t-elle pas suffisamment

que cet objet de toilette était primitivement destiné exclusivement au nez et non aux autres organes ? Qu'y a-t-il, du reste, de plus choquant à se servir d'un crachoir en verre, dont le lavage est facile, rapide et inoffensif, plutôt que d'un crachoir en toile ou en batiste, dans lequel on conserve, comme une chose précieuse, les matières expectorées, et dont le lavage peut être plus ou moins dangereux pour les autres ? Ce serait une utopie que d'espérer la suppression radicale du mouchoir, même comme moyen de recueillir les matières expectorées ! Mais on aurait déjà rendu un éminent service à l'humanité si on parvenait à en restreindre l'usage et surtout à l'enlever des mains des phthisiques. Tel est le but du crachoir de poche, que l'auteur recommande instamment à l'attention de ses confrères (1).

TRAITEMENT DU PSORIASIS.

Nous résumons une étude du dr Coffin, dans le *Mercredi médical*, sur le traitement du psoriasis.

Le traitement est externe et interne.

Le traitement *externe* comporte deux indications : la première est de *faire tomber les squames* et de mettre à nu la surface cutanée afin de faire agir directement les topiques sur les parties malades. Bien des moyens peuvent être employés pour obtenir ce résultat : bains de vapeur, enveloppement permanent dans des toiles imperméables, frictions avec vaseline, cold-cream, glycérolé d'amidon et tous les corps gras en général, mais le moyen le plus simple et le plus rapide consiste dans les grands bains. Tous les jours ou tous les deux jours on fait prendre un bain simple de deux à trois heures, et à plusieurs reprises, pendant la durée de ce bain, on fait frotter les surfaces avec du savon mou de potasse. C'est là un excellent moyen pour décaper les plaques. La température doit être de 35° environ.

Dans le psoriasis de la tête, on peut laver avec l'eau du bain et le savon de potasse ; mais les squames qui ne sont que temporairement mouillées résistent parfois et ne se détachent pas ; il faut alors enduire la tête d'huile d'amandes douces et la recouvrir ensuite d'un bonnet de caoutchouc, d'une toile imperméable quelconque.

La seconde indication dès que les squames sont tombées consiste à *modifier les surfaces malades par l'application de topiques* ; un des plus employés et un des meilleurs, parce qu'il est à la fois le plus inoffensif et le plus économique, est l'*huile de cade*. Chaque soir on fait faire une friction avec le glycérolé suivant, recommandé par M. Vidal :

(1) Le prix du crachoir de Dethweiler en est de 4 fr. 50.

Glycérolé d'amidon	ââ 100 grammes.
Huile de cade	
Savon noir	5 grammes.

On peut encore rendre cette préparation plus énergique en y incorporant l'acide salicylique à la dose de 3 grammes pour les proportions du glycérolé précédent. Le matin on fait laver la peau avec de l'eau chaude et du savon de goudron.

Parfois, pendant la durée de ce traitement, il survient de l'acné cadique, il faut interrompre les frictions et faire prendre quelques bains amidonnés. D'ailleurs on mélange l'huile de cade et son excipient dans des proportions très variables selon l'intensité du mal et le degré de sensibilité de la peau. Ce topique est considéré par nombre de dermatologistes comme le médicament de choix dans le traitement du psoriasis.

L'*acide chrysophanique* ou la chrysarobine, ainsi que l'*acide pyrogallique* sont peut-être plus efficaces ; on les emploie en pommade dans la proportion d'environ 10 parties de substance active pour 100 parties d'excipient, mais on doit agir avec précaution et même un peu de tâtonnement ; car on ne doit pas oublier que si ces agents sont énergiques, ils deviennent dangereux dès qu'ils sont employés d'une façon inconsidérée, et qu'ils peuvent entraîner des conjonctivites, des érythèmes parfois très intenses, des intoxications qui peuvent être redoutables. Pendant l'emploi de ces substances, il faut surveiller attentivement les urines et cesser la médication dès qu'elles prennent une teinte vert-noirâtre.

Les *mercuriaux* (précipités, emplâtre de Vigo), le *naphtol*, un nouveau produit, le *gallanol*, sont des agents moins actifs que les précédents, à utiliser sur les parties découvertes ou chez ceux qui redoutent l'odeur de l'huile de cade ou les taches des acides chrysophanique et pyrogallique.

Le traitement *interne* repose surtout sur l'emploi de l'*arsenic*, très vanté par les anciens dermatologistes mais il est de moins en moins en faveur de nos jours et tend à être délaissé. En effet, il paraît maintenant bien prouvé que seule la médication arsenicale est impuissante à guérir une poussée de psoriasis, tandis que la médication locale sans adjuvant interne peut la faire disparaître. Et enfin, preuve encore plus concluante, chez un malade soumis à l'arsenic et au traitement local, seules les plaques traitées par les moyens externes disparaissent. Mais au moins, si l'arsenic n'a pas une importance bien marquée sur la poussée actuelle du psoriasis, est-il mieux établi qu'il exerce une action préventive sur les récidives à venir ? Nullement, et son influence ici encore est discutée.

L'efficacité de l'iodure de potassium est encore plus sujette à caution que celle des préparations arsénicales ; on l'a donné à doses colossales : 30,40 grammes par jour ; les mercuriaux à l'intérieur ont été récemment vantés.

En résumé, qu'est-on en droit d'attendre de la thérapeutique. Si l'on considère seulement l'attaque actuelle de la maladie, on peut espérer fréquemment la guérison, la disparition totale après un traitement plus ou moins prolongé. Mais on ne peut compter sur une guérison définitive, radicale. « Il n'existe, dit Kaposi, aucune méthode de traitement pouvant assurer la guérison durable du psoriasis. » Son opinion résume celle de tous les maîtres en dermatologie. Cela est facile à comprendre d'ailleurs, puisque nous ne possédons aucun agent pouvant modifier la cause du mal et que nous opposons une médication à peu près exclusivement locale à une affection que la plupart des auteurs considèrent comme diathésique.

Pour éloigner les récidives, le régime, les bains savonneux sont encore ce qu'il y a de mieux. L.

—

TRAITEMENT DES CYSTITES TUBERCULEUSES PAR LE SUBLIMÉ.

Nous avons signalé ce nouveau traitement, inauguré il y a trois ans à la clinique du prof. Guyon; il a donné depuis cette époque nombre de résultats positifs.

Le dr Luys a publié dans les *Annales des mal. des org. génit. urin.* (mars 1893) un cas particulièrement démonstratif; la gravité des accidents avant l'emploi des instillations au sublimé, l'amélioration promptement obtenue, alors que la situation, devenue intolérable, paraissait exiger une intervention sanglante, le temps — presque deux années — écoulé depuis la sortie du malade de l'hôpital, toutes les raisons sont réunies dans cette observation pour permettre d'attribuer à la médication exclusivement les bons résultats obtenus; en résumé, le sublimé a procuré au malade une situation équivalente au retour de la santé.

Nous rappelons que les instillations sont faites chaque jour au moins souvent, à la quantité d'un gramme ou plus, d'une solution de sublimé à 1 p. 5000 au début et progressivement jusqu'à 1 p. 1000.

L.

—

ACCIDENTS DE LA SYMPHYSÉOTOMIE.

Le dégagement de la tête, après la section des pubis, réclame les soins les plus attentifs. Les déchirures de l'anneau vaginal et vulvaire sont déjà fréquentes dans l'accouchement physiologique, où cependant

la dilatation se fait graduellement, dans les meilleures conditions. Par le fait de la séparation des pubis, les parties molles sont déjà extraordinairement tendues en travers et, au moment où arrive la grande circonférence de la tête, des déchirures du canal de l'urèthre, du clitoris et de l'anneau vulvaire peuvent se produire, si l'on n'y prend garde. Le meilleur moyen de les éviter, lorsque la tête a franchi le rétrécissement osseux et se trouve au fond du bassin, est de replacer les organes tiraillés dans leur situation primitive normale, en rapprochant les os écartés. Au besoin il ne faudrait pas hésiter à se créer de la place et à pratiquer de larges incisions libératrices du côté du périnée, pour ménager les organes importants exposés plus haut.

Le dr Léopold Von Dittel *(Centralblat für Gyn.* 10 juin 1893) rapporte deux observations malheureuses mais instructives, que nous résumons d'après les *Nouvelles archives d'obstétrique* etc. (no 11, 1893, p. 317). La première s'est terminée par la mort ; la seconde par une guérison laborieuse.

1re *Observation.* Primipare de 26 ans ; bassin plat, rachitique de 8 centimètres ; corps vertébraux saillants, d'où rétrécissement canaliculé, sur une longueur de 4 centim. Présentation O. C. G.

Le 19 mars, à 5 h. de l'après-midi, la dilatation est à peu près complète.

Le 20, à 11 h. du matin, on rompt les membranes, ce qui amène des douleurs un peu plus fortes. — A 11 h. du soir, les battements du cœur fœtal sont à 170 ; caput succedaneum, tête toujours mobile.

A minuit, symphyséotomie : une hémorrhagie abondante est arrêtée par le tamponnement. Forceps et extraction de la tête, pénible, malgré un écartement des pubis de 7 centim. ; épisiotomie ; au moment où le crâne arrive au milieu de l'excavation, on assiste à la déchirure des tissus vers le clitoris. On refoule la paroi vaginale antérieure au-dessus de la tête. Délivrance spontanée immédiate.

Enfant de 3750 grammes : tête ossifiée ; en état d'asphyxie, ne se ranime qu'après une heure d'efforts et meurt le lendemain d'hémorrhagie cérébrale.

On constate alors chez la mère une déchirure passant obliquement sur l'urèthre qui est séparé du clitoris.

On eut beaucoup de mal à trouver l'urèthre, pour le fixer par quelques points de suture, qui ne tinrent pas dans les tissus délabrés.

En arrière, le rectum est à nu ; déchirure du col à gauche : on fit des points de suture et, l'hémorrhagie persistant, il fallut tamponner ; les pubis sont rapprochés avec des fils de soie mais restent distants de 4 centim., draînage à la gaze iodoformée de l'angle inférieur de la plaie, et suture à étages.

Femme très anémiée, en collapsus, ranimée par des excitants. On lui applique une bande de toile et une ceinture de cuir.

Le lendemain matin l'état paraît meilleur ; à 11 1/2 h. pendant qu'on recherche l'urèthre, il se produit une syncope ; à 4 h. pouls radial introuvable, dyspnée, jactitation : température 36,3 ; pouls carotidien 132. On injecte 800 grammes d'eau salée sous la peau.

A 5 h. on remplace le tampon vaginal qui sent mauvais. L'état s'aggrave rapidement et la femme meurt à 8 1/2 heures.

Autopsie. Déchirure de la partie supérieure de la petite lèvre gauche ; arrachement du clitoris, déchirure du périnée. Gros utérus mesurant 23-24 centim. de hauteur, 15-16 de largeur. Col élargi, muqueuse tuméfiée, infiltrée, présentant un enduit grisâtre, déchirée en plusieurs endroits. En avant et à gauche déchirure intéressant toute l'épaisseur de la paroi.

Urèthre infiltré de sang, arraché à un centimètre en arrière du méat sur les trois quarts de sa périphérie, ne tenant plus que vers le bas.

Vagin élargi, infiltré de sang, largement déchiré.

Articulations sacro-iliaques : tout autour œdème du tissu cellulaire : après section des ligaments, les articulations bâillent de 4 millim. ; elles renferment du sang épanché ; le périoste avoisinant est infiltré de sang.

La cause de la mort est attribuée à l'anémie.

Seconde observation. Bipare rachitique, bassin de 9 1/2 ; premier enfant venu mort.

Premières douleurs le 6 mars au soir ; rupture des membranes le 7 au matin, position O. I. D. P.

Le 8 mars 9 1/2 h. : tête fortement serrée au détroit supérieur ; caput succedaneum. Le forceps échoue.

Symphyséotomie. Au moment où la tête s'engage dans le bassin on entend un craquement : écartement des pubis de 6 centim.

Enfant de 3500 grammes asphyxié, mais bientôt ranimé.

L'urèthre, détaché du clitoris, mais non déchiré, est rattaché par quelques fils de soie. Draînage de la plaie à la gaze iodoformée ; sonde à demeure.

Les suites ont laissé à désirer : six semaines après l'opération, la femme est encore au lit. Une bronchite est survenue. Il n'y a pas eu réunion par première intention ; des morceaux de cartilage nécrosés furent éliminés. Incontinence d'urine jusqu'au 20 mars.

En présence de ces faits l'auteur est d'avis qu'il faut demander à la femme son consentement aussi bien pour la symphyséotomie que pour la section césarienne. Il estime que l'opération de Sigault n'est pas à la portée du premier praticien venu et qu'il convient de la réserver aux cliniques. E. H.

—

KYSTES DE L'OVAIRE ET GROSSESSE-TRAITEMENT.

Nous résumons l'étude publiée par M. le Dr Ch. Vinay dans les *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie* (1893, n° 11 p. 481).

A) *Pendant la grossesse.* L'auteur considère l'expectation comme une méthode d'exception et se prononce pour l'intervention : des accidents graves de compression ou des ruptures du kyste peuvent survenir; on ne sait pas comment se fera l'accouchement; il faudra toujours en venir à un procédé radical plus tard, peut-être même dans des conditions pires encore.

Les moyens d'intervention sont au nombre de trois. 1° *Avortement* ou *accouchement prématuré*. Le procédé n'a qu'une influence palliative, semble peu rationnel; est peu brillant, d'après la statistique de Rémy :

morts :	mères 3	enfants 5
survies :	» 8	» 5

et M. Vinay le réserve pour les cas où la tumeur est difficilement accessible, adhérente, de consistance solide et que la ponction ou la réduction ne donne aucun résultat.

2° *Ponction de la tumeur*. Elle a pour but d'enrayer les accidents immédiats de compression et de permettre à la grossesse d'évoluer. Elle convient surtout dans les cas du kyste uniloculaire; elle n'est que très exceptionnellement suivie de guérison radicale; elle a donné assez fréquemment lieu à des accidents : suppuration du kyste, hémorrhagies de la paroi, blessures de l'utérus etc., évitables pour la plupart.

Dans les 41 cas réunis par Rémy :

suppuration du kyste	7,69 p. %
déclaration du travail	7,69 p. %
mort	11 p. %

3° *Ovariotomie.* L'antisepsie a modifié la thérapeutique autrefois adoptée et aujourd'hui se trouve justifiée l'audace des chirurgiens qui ne considèrent plus la gravidité comme une contre-indication, mais plutôt comme une circonstance qui nécessite l'extirpation de la tumeur. Sur une statistique de 122 ovariotomies pratiquées pendant la grossesse — la plupart depuis 1880 — 5 femmes ont succombé, soit 4,09 p. %. On est loin des mortalités de 19 et de 15 p. % indiquées par Rémy et par Heiberg.

L'ovariotomie double compromet plus gravement que l'ovariotomie unilatérale la circulation utérine. Cependant, sur les 12 exemples que cite l'auteur il n'y a qu'un seul cas de mort.

L'opération doit être hâtive, comme le montrent les deux tableaux suivants emprunté à Dsirne :

Age de la grossesse :	Nombre des opérations :	Guérison :	Mort :
2 mois	12	91,7 p. %	8,3 p. %
3 »	30	100 »	0 »
4 »	21	95,8 »	4,7 »
5 »	11	81,8 »	18.2 »
6 »	10	90 »	10 »
7 »	6	100 »	0 »
8 »	6	83,3 »	16,7 »
9 »	1	100 »	0 »

Au point de vue de l'influence de l'intervention sur le cours de la grossesse :

Age de la grossesse :	Nombre des opérations :	Accouchement à terme :	Interruption de la grossesse :
2 mois	11	54,5 p. %	45,5 p. %
3 »	28	85,7	14,3
4 »	21	90,5	9,5
5 »	10	60,0	40,0
6 »	11	63,6	36,3
7 »	5	40	60
8 »	5	60	40
9 »	1	0	100

B) *Pendant le travail.* Les kystes qui entravent le travail siégent dans le bassin et sont presque toujours dermoïdes.

On tâchera de désobstruer la voie en les refoulant au-dessus du détroit supérieur. Le refoulement est favorisé par la position génu-pectorale et réclame souvent l'anesthésie. Il réussit 21 fois sur 74 cas (Rémy) mais a causé la mort par rupture de la poche ou par péritonite 3 fois sur 23 (Jetter), 4 fois sur 18 (Rémy).

La *ponction*, avec un aspirateur, se fait par le rectum ou, mieux, par le vagin (9 cas : 0 mort, Playfair).

Lorsque le kyste est dermoïde, Fochier, de Lyon, conseille de l'attaquer avec un trocart maintenu à une température supérieure à 37 degrés, pour ne pas voir le contenu graisseux liquide se coaguler dans la canule et donner l'illusion d'un contenu mélicérique.

L'*incision* est ainsi décrite par Fritsch :

« La paroi postérieure du vagin est mise à découvert au moyen du spéculum, ou simplement, en raison de l'abaissement de la cavité de Douglas, au moyen des doigts des assistants. Après un nettoyage minutieux du champ opératoire, on pratique sur la ligne médiane une incision d'environ 4 centimètres, commençant immédiatement en arrière de la lèvre postérieure du col. On incise lentement, couche

par couche, sans se préoccuper de l'hémorrhagie. Dès que le contenu du kyste s'écoule par une petite ouverture, on introduit une aiguille courbe dans cette ouverture et on la fait ressortir latéralement en traversant la paroi du vagin. On place cette suture à droite et à gauche, puis on agrandit peu à peu l'ouverture de l'incision, en ayant soin de suturer successivement les rebords du kyste au vagin Il faut arriver à avoir une ouverture suffisante pour introduire le doigt afin de vider le contenu du kyste. Lorsque la poche est vidée on termine l'accouchement par le forceps ou le cranioclaste, selon que l'enfant est vivant ou mort. Après la délivrance, nouveau lavage de la poche et tamponnement de sa cavité à la gaze iodoformée Pendant les couches on renouvelle le drainage et on fait de fréquents lavages. »

A défaut du refoulement, de la ponction, ou de l'incision, on peut se trouver dans l'obligation de recourir soit à l'embryotomie soit à la section césarienne. E. H.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 25 *novembre* 1893.

1 Rapport de la Commission qui a été chargée de l'examen du travail de M. le dr C. Moreau, à Charleroi, intitulé : *Étude sur l'éclosion des épidémies actuelles de choléra, d'après certaines observations faites à Charleroi.* — M. Crocq, Rapporteur.

M. Crocq, au nom de M. Hayoit de Termicourt et au sien, lit son rapport sur le travail de M. Moreau. Ce travail, dont le but est de démontrer l'évolution des dernières épidémies de choléra à Charleroi, montre chaque fois le premier cas précédant d'assez longtemps les suivants; la période de déclin de ces épidémies dépasse leur période d'augment; les cas se sont, du reste, produits isolément, sans qu'on puisse saisir le lien qui les unit.

Le Rapporteur conclut à voter des remerciements à l'auteur et à publier son travail dans le *Bulletin*. Adopté.

2. Rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner le travail de M. le dr Lauwers, à Courtrai, intitulé ; *Contribution à l'étude du traitement opératoire des myomes intra-ligamentaires de l'utérus.* — M. Hubert, Rapporteur.

L'enlèvement des myomes intra-ligamentaires de l'utérus est une des opérations les plus émouvantes, les plus laborieuses et les plus hardies de la chirurgie moderne. M. Lauwers a entrepris dix fois cette opération et l'a réussie neuf fois. Il n'essaie pas de conserver l'utérus, il l'enlève toujours, même lorsqu'il est gravide. Il pratique le tamponnement de la cavité de la plaie et le drainage abdominal à la gaze iodoformée avec traitement extra-péritonéal du pédicule.

M. Lauwers attribue à l'emploi prolongé de l'ergotine les adhérences vasculaires qu'il a rencontrées dans le cours de deux laparotomies. M. le Rapporteur ne croit pas cette interprétation légitime. Il termine son rapport en proposant : 1° d'adresser des remerciements à M. Lauwers; 2° d'imprimer son travail dans le *Bulletin*.

— Ces conclusions sont adoptées.

3. Rapport de la Commission à laquelle a été renvoyé l'examen du travail de M. le dr E. Malvoz, à Liége, portant pour titre : *Recherches bactériologiques sur la putréfaction des nouveau-nés et applications médico-légales.* — M. Vanlair, Rapporteur.

Les études de M. Malvoz, poursuivies sur un assez grand nombre de cadavres de nouveau nés, lui ont permis d'établir une distinction, — importante au point de vue scientifique comme au point de vue médico-légal, — entre les mort-nés et les enfants qui ont eu vie. Chez les premiers, la putréfactton débute par l'abdomen, et l'intestin renferme le coli-bacille en plus ou moins grand abondance, suivant que le sujet a vécu plus ou moins longtemps. Chez les seconds, les signes de la putréfaction sont diffus et les liquides intestinaux se montrent exempts de toute contamination bacillaire. Jusqu'à présent, les médecins légistes en étaient réduits, pour établir cette diagnose, à l'examen du poumon, l'aération du parenchyme pulmonaire étant considérée comme un indice positif de la survie. Mais c'était là un moyen qui pouvait laisser des doutes, attendu que l'insufflation artificielle du poumon peut, ainsi qu'en témoigne une curieuse observation de l'auteur, donner lieu aux mêmes constats de la respiration naturelle, et cela non seulement vis à-vis de l'épreuve docimasique, mais en ce qui regarde aussi l'aspect extérieur de l'organe.

Le signe indiqué par M. Malvoz possède en outre l'avantage de permettre une conclusion, alors même que l'expert n'aurait à sa disposition que des fragments de cadavre ne renfermant aucun organe thoracique. L'absence même de l'intestin ne constituerait point en pareil cas une difficulté insurmontable, car l'auteur a constaté, chez les enfants qui ont vécu, la présence du coli-bacille dans d'autres organes abdominaux, notamment dans la rate et le foie.

La Commission estime qu'il y a eu lieu d'adresser des remerciements à l'auteur pour sa très intéressante communication; elle propose l'insertion du travail dans le *Bulletin* de la Compagnie et demande à la Section compétente de bien vouloir inscrire le nom de M. Malvoz parmi ceux des candidats au titre de Correspondant.

— Ces conclusions sont adoptées.

De l'état des ganglions dans l'œdème lymphatique; par M. R Boddaert, Membre titulaire.

Comme suite à une communication précédente, M. Boddaert présente à l'Académie quatre reproductions photographiques de coupes pratiquées à travers le ganglion lymphatique cervical profond du lapin : ces préparations ont été faites dans des conditions identiques et les reproductions ont été prises au même grossissement. Deux de ces coupes représentent l'état normal; deux autres, l'état du ganglion après la ligature du vaisseau efférent et, par conséquent, après la stase de la lymphe pendant une dizaine d'heures environ.

Il signale, comme particularités principales, un œdème considérable développé dans une certaine étendue sous la capsule fibreuse, une infiltration du même genre dans le tissu cellulaire entrant dans dans la constitution du ganglion, surtout prononcée au voisinage des vaisseaux sanguins les plus volumineux, une dilatation des diverses cavités que présente la masse ganglionnaire et, par suite, une augmentation notable du volume de cette masse.

Dans le cas qui fait l'objet de cette démonstration, la quantité de lymphe s'était accrue par la ligature des deux veines jugulaires et la section du cordon du sympathique, du côté correspondant à l'occlusion du vaisseau efférent.

Nouvelle méthode chirurgicale appliquée au traitement des hernies veutrales et en particulier de la hernie ombilicale chez les animaux domestiques; par M. Degive, Membre titulaire.

M. Degive fait connaître une méthode opératoire qu'il croit inédite et douée d'une efficacité supérieure à celle de tous les procédés préconisés jusqu'à ce jour pour obtenir la cure radicale des hernies ventrales et ombilicales chez les animaux.

A la faveur de deux chevilles implantées à travers la peau et les deux lèvres de l'anneau herniaire, M. Degive applique une pince en fer à vis à l'aide de laquelle il rapproche lesdites lèvres par leur face interne et exerce une pression assez forte pour déterminer la mortification et la séparation du sac herniaire. La chute de la pince et des tissus mortifiés se fait généralement après une huitaine de jours. Entretemps, il s'est développé un travail inflammatoire dans la paroi abdominale qui contribue pour une certaine part à l'oblitération définitive de l'anneau.

M. Degive rapporte deux cas traités sans résultat par les moyens ordinaires où l'application de sa méthode lui a donné un plein succès.

Contribution à l'étude de la symphyséotomie; par M. Eugène Hubert, membre titulaire.

Après un rapide exposé de l'histoire de symphyséotomie, M. Hubert rapporte l'observation d'une femme qu'il vient d'opérer. (Voir *Revue Médicale* n°s 6 et 7.)

D'après lui, les indications des viciations pelviennes sont les suivantes :

Avant terme. — 1. Bassins de 5. 6, 6 1/2 centimètres : accouchement prématuré, combiné avec la symphyséotomie.

2. Bassins de 7 centimètres : laisser évoluer la grossesse et, à terme, fendre les pubis;

3. Au-dessus de 7 centimètres : accouchement prématuré;

Avant terme. Enfant vivant. — 4. Au-dessous de 6 1/2 centimètres; opération césarienne;

5. De 6 1/2 à 7 centimètres : symphyséotomie;

6, A 7 1/2 centimètres se pose la question de la version, du levier flamand et des tractions mécaniques;

7. A 8 centimètres et au-dessus : La version podalique, de choix; au besoin, le forceps ou la symphyséotomie;

8. La barrure, le bassin cyphotique, certains enclavements peuvent réclamer la symphyséotomie.

Enfant mort. — Si la transforation n'est pas possible, la section césarienne.

Contre-indications. — L'ankylose des articulations sacro-iliaques rend la symphyséotomie vaine et pour élargir ces bassins, il faudrait scier l'os d'un côté seulement, ou des deux à la fois.

La présentation de l'épaule n'est pas une contre-indication, et la présentation du siège est regardée par M. Hubert comme une condition favorable.

Suite de la discussion de la communication de M. Desguin relative à la rage.

M. Dele rend compte : 1° des autopsies des chiens *enragés*, qu'il a eu l'occasion de faire ; 2° de celles de chiens *sains* saisis qui n'ont reçu, pendant les trois jours de détention, que des matières alimentaires ; 3° de celles de chiens *sains* également nourris, après cinq jours de quarantaine, d'aliments mélangés à diverses substances non alimentaires.

1° Il a subdivisé les chiens enragés qu'il a vus en trois catégories. La première catégorie comprend 52 chiens vivants ; la deuxième catégorie, 23 chiens morts ou tués, sur les symptômes desquels il a pu se renseigner ; la troisième catégorie est de 38 chiens dont il n'a rien connu, si ce n'est par l'autopsie.

Dans l'estomac de 15 chiens de la première catégorie, il a trouvé douze fois des corps étrangers ; dans celui de 23 chiens de la deuxième catégorie, il a rencontré dix fois des corps étrangers ; dans la troisième catégorie, soit dans l'estomac de 38 chiens, il a trouvé vingt-trois fois des corps étrangers.

En se plaçant *au point de vue de la science*, M. Dele peut et doit avoir fait des erreurs, en diagnostiquant la rage chez les animaux de la troisième catégorie ; mais *au point de vue humanitaire*, il a déclaré l'existence de la rage chaque fois qu'il y avait doute, pour ne pas donner aux gens mordus une fausse sécurité, et pour les obliger de recourir aux vaccinations de Pasteur.

2° L'orateur dit avoir nourri des chiens, saisis et mis en fourrière à l'abattoir, de *matières alimentaires exclusivement*. Ces chiens jouissaient d'une bonne santé.

Dans l'estomac de 219 sujets, l'autopsie a décelé trente-cinq fois des corps étrangers, bien que les chiens n'en eussent pas reçu pendant les trois jours, au moins, de fourrière.

3° Il a alimenté après cinq jours de quarantaine, 149 chiens *sains* d'aliments mélangés à des corps étrangers ; parmi ceux-ci, c'étaient la laine et le poil qui étaient le plus lentement entraînés dans les voies postérieures.

4° M. Dele, donne les avis exprimés par diverses autorités vétérinaires sur les indices recueillis à l'autopsie.

5° Il compare ces résultats avec ceux qu'il a obtenus lui-même.

6° Il conclut qu'il n'y a pas de *certitude* pour diagnostiquer la rage chez un chien à l'autopsie duquel on trouve des corps étrangers dans

l'estomac; mais la présence de ces corps, mélangés ou non aux aliments, établit de *fortes présomptions* quant à l'existence de la rage, surtout si la muqueuse de l'estomac est enflammée.

7° L'orateur parle ensuite du vagabondage des chiens et dit que celui-ci n'est qu'un symptôme de la rage.

8° Enfin il examine les mesures de police sanitaire en vigueur et celles à prendre pour extirper la rage du pays, et pour en empêcher la réimportation.

Il appuie la mesure concernant le port permanent et obligatoire de la muselière qui a fait disparaître la rage dans divers pays, et qui vient de faire ses preuves en Angleterre; M. Dele fournit des statistiques empruntées à ce pays, et moins connues sur le continent que celles de la Prusse, de la Bavière, du Grand-Duché de Bade, etc.

M. Dessart constate que la discussion s'est concentrée surtout sur la question de l'exactitude du diagnostic de M. Desguin. Or, il dit que parmi des personnes qui avaient été mordues et qui avaient subi le traitement antirabique de M. Pasteur, c'est-à-dire se trouvant dans les mêmes conditions que le malade de M. Desguin, il en est qui ont contracté la rage treize, dix-neuf et même vingt-sept mois après la morsure et le traitement. M. Dessart pense donc que l'on peut admettre le diagnostic posé par M. Desguin.

— L'Académie, consultée, décide de clore cette discussion sur la rage.

COMITÉ SECRET.

Discussion du rapport de la Commisson qui a été chargée d'examiner les travaux envoyés au concours pour le prix Alvarenga. - M. Casse, Rapporteur.

Les conclusions du rapport qui proposent à accorder le prix en partage aux auteurs des mémoires n°s 3 et 5, et d'attribuer une mention très honorable au travail portant le n° 1, traitant de la toxicité urinaire, sont adoptées.

Il est procédé à l'ouverture des plis cachetés des mémoires n°s 3 et 5. Le mémoire n° 3, portant pour devise : *Das Blut ist eine besondere Saft*, a pour auteurs MM. les d^rs^ G. Corin et G. Ansiaux, à Liège; et le mémoire n° 5 (épigraphe : *Expérimenter vaut mieux que raisonner)* émane de MM. les d^rs^ Heymans et De Buck, à Gand.

L'auteur du travail auquel une mention très honorable est accordée est prié de se faire connaître dans le cas où il accepte cette récompense.

VARIÉTÉS.

Le typhus exanthématique en France. — Dans le courant de l'année dernière, on a observé à Lille, à Paris et dans d'autres localités françaises des cas isolés et de petites épidémies d'une affection qu'on n'avait plus signalé dans ce pays depuis 1856, sans qu'on ait pu savoir comment elle avait été importée.

La maladie paraît actuellement avoir disparu, mais peut-être estelle plus commune qu'on ne pense, dissimulée sous les traits de la fièvre typhoïde; aussi, il est bon d'être familiarisé avec les principaux signes différentiels de ces deux affections.

Il y a d'abord *l'éruption :* elle se voit dès le 4e jour de la maladie.

Il y a une éruption pétéchiale très marquée de taches variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une petite lentille. Cette éruption ressemble assez à celle de la rougeole : elle est très confluente ; les taches se disposent en arcs de cercle. La coloration lie de vin est absolument caractéristique, surtout pour les plus grosses de ces taches. Elles occupent particulièrement l'abdomen et la poitrine, mais il y en a aussi en grand nombre sur les membres. L'éruption manque totalement sur le visage et le cou.

Outre son caractère pétéchial, l'éruption est toujours plus abondante, plus généralisée que dans la fièvre typhoïde.

Le *tracé thermique* est, aussi, bien caractéristique. Il y a ascension brusque, et la courbe stationnaire se maintenant autour de 40° ou 41° jusque vers le dixième jour. Vers les 10e, 11e et 12e jours, la température tombe et la chute est rapide quoique se faisant en lysis. Si la terminaison doit être fatale la température monte vers 42°.

Les *symptômes abdominaux* sont aussi bien différents : la constipation est la règle, et la langue, au lieu d'être fendillée et rôtie, ne présente le plus souvent qu'un léger enduit blanchâtre.

Les *phénomènes généraux* n'ont rien de caractéristique ; ce sont des symptômes typhiques ; on a fait remarquer toutefois, comme ayant de la valeur une espèce de trismus qu'on remarque quand on fait tirer la langue au malade : il a une difficulté extrême à ouvrir même légèrement la bouche.

A l'autopsie, on ne découvre aucune lésion anatomique caractéristique.

Il y a un intérêt majeur, au point de vue des mesures de préservation, à pouvoir faire le diagnostic le plus rapidement possible ; la contagion est beaucoup plus à redouter que pour la fièvre typhoïde, mais elle n'a lieu que par contact médiat ou immédiat, mais non par l'air. La mortalité du personnel médical ou autre, chargé de donner des soins aux malades a même été considérée comme un des meilleurs réactifs du typhus exanthématique.

Nous ajouterons pour terminer que nous croyons avoir observé nous-même un cas de typhus exanthématique qui s'est terminé par la mort, chez un étudiant originaire du Hainaut ; le cas étant resté heureusement isolé, grâce aux mesures de précaution qui ont été prises, nous ne sommes pas en mesure d'établir la certitude du diagnostic que nous avons posé d'après l'ensemble des symptômes. L.

La lèpre en France. Un étranger, le dr Zambaco, est venu révéler il y a quelque temps au public médical français, qui ne paraissait nullement s'en douter, la survivance de la lèpre en France.

Les académiciens ont protesté d'abord, malgré les preuves cliniques et les reproductions photographiques fournies par l'auteur et ont réclamé avec instance la constatation du microbe de la lèpre dans les lésions suspectes ; cette preuve décisive a été fournie, le prof. Straus ayant trouvé d'innombrables bacilles sur des parcelles de peau excisées à un lépreux de la Bretagne.

Le dr Zambaco a parcouru depuis une bonne partie de la France pour recueillir de nouveaux faits à l'appui de son affirmation, et à la

suite de son enquête, il a présenté à l'Académie de médecine de Paris, en mai 1893, un travail étendu dont nous résumons les conclusions principales :

La lèpre antique, la lèpre égyptienne, pour l'appeler par son vrai nom, existe partout. Elle a ravagé la France pendant plusieurs siècles. Deux mille léproseries environ y ont été créées pour recueillir ses victimes. Aujourd'hui réduite à des proportions minimes, elle survit toujours ; et l'on trouve des lépreux tant dans le nord que dans le midi de la France. Il doit en être de même de toutes les contrées de l'Europe centrale.

La lèpre qui survit en France est la vraie lèpre, la lèpre historique, toujours la même.

Cependant, la civilisation, en améliorant les conditions hygiéniques et le bien-être des populations, a restreint de plus en plus la propagation de la lèpre, — qui est une maladie de misère, — et diminué le nombre de ses victimes. Un autre bienfait de l'amendement social, c'est de l'avoir atténuée ; mais, parfois, il l'a transfigurée aussi.

Ce sont ces transmutations de la lèpre qui l'ont fait méconnaître et qui ont été cause de la création de nombreuses maladies nouvelles qui ne sont que la lèpre, souvent allégée, métamorphosée, ou bien arrêtée dans son évolution, par l'influence salutaire du milieu. La conviction générale que la lèpre n'existe plus en France depuis le moyen âge, a fait qu'on a laissé passer inaperçue même la lèpre autochtone tuberculeuse et la lèpre nerveuse la plus évidente. Ainsi on a qualifié de *syringomyéliques* des lépreux incontestables. C'est aussi parce qu'il n'était plus question de la lèpre en France, et par inadvertance, que l'on a créé la maladie de Morvan qui n'est pas autre chose que la lèpre mutilante, classique dans la plupart des cas.

Le dr Zambaco termine en disant : bien que nous ayons trouvé la lèpre partout dans le midi de la France, nous sommes heureux de pouvoir affirmer qu'elle diminue de plus en plus et que le moment de sa disparition totale n'est pas bien éloigné. L.

Les injections de malléine dans le diagnostic de la morve. On sait qu'au moyen de cultures des bacilles de la morve dans des bouillons et de diverses manipulations, on obtient une substance analogue à la tuberculine de Koch à laquelle on a donné le nom de malléine.

La valeur prophylactique ou thérapeutique de la malléine est très contestable, comme pour la tuberculine, mais par contre, la malléine a une valeur diagnostique qui a été mise à profit de la manière la plus heureuse.

Il résulte de recherches et de faits très nombreux déjà que la malléine permet de diagnostiquer chez le cheval la morve, qui peut rester pendant longtemps latente. L'injection sous-cutanée de ce liquide faite chez un cheval sain le laisse sans réaction, tandis que si l'animal est atteint de morve, non encore déclarée, on constate après une injection de malléine *une élévation de température de* 1,5° *à* 3° *et plus, ainsi que la formation d'une forte tumeur et un état maladif général.* On comprend les services que peut rendre une méthode qui permet d'affirmer l'existence ou la non-existence de la morve chez des chevaux suspects. L.

A la suite d'une opération, il se fait à la surface des tissus divisés un écoulement de sérosité qui se maintient avec une abondance variable jusqu'au moment de la cicatrisation; avant l'avènement de l'antisepsie, la suture n'était plus guère mise en usage, la réunion étant destinée à échouer à peu près fatalement, et, par les plaies largement béantes, les sécrétions, qui devenaient purulentes de bonne heure, trouvaient une issue facile au dehors; il n'en fut plus ainsi, lorsque Lister s'avisa de réhabiliter la suture, et, pour recueillir les sécrétions dans la profondeur des tissus, il introduisit le drainage, imaginé par Chassaignac, dans la pratique usuelle de la chirurgie.

La vulgarisation du drainage mérite d'être comptée parmi les plus heureuses innovations de Lister; au début de la chirurgie antiseptique, la discussion a existé sur le point de savoir si, avec la nouvelle méthode, on pouvait tenter la réunion par première intention, sans faire courir de dangers aux malades, et, si la question a été résolue par l'affirmative, c'est en grande partie grâce au drainage.

En conduisant les sécrétions au dehors, le drainage a pour but tantôt d'assurer l'évolution aseptique des plaies, tantôt de garantir l'économie contre les infections dont elles sont le siège; il fonctionne comme une soupape de sûreté.

Tandis que les tissus vivants jouissent de propriétés bactéricides qui sont leur sauvegarde, les sécrétions des plaies sont des liquides morts qui offrent une proie facile aux organismes inférieurs; et, comme l'asepsie absolue n'est souvent pas réalisable, elles deviennent bientôt, si elles sont retenues dans les tissus, un foyer d'infection des plus redoutables pour l'économie; les dangers de la rétention du pus n'avaient pas échappé aux anciens, qui avaient tant usé, sinon abusé des contreouvertures et des débridements.

Outre l'avantage de conduire au dehors des produits préjudiciables à l'organisme, le drainage a encore celui de favoriser dans une large mesure la réunion par première intention.

Non-seulement le sang et la sérosité épanchés ne jouissent d'aucune

propriété plastique, mais ils contrarient le travail de réparation, en s'interposant comme des corps étrangers entre les surfaces cruentées, et le drainage doit être envisagé dans bon nombre de cas comme indispensable au succès de la suture.

Le drainage a encore pour résultat de diminuer la douleur et le malaise consécutifs aux opérations ; dans les plaies non drainées, la rétention des sécrétions provoque pendant les premiers jours un sentiment de tension pénible et la résorption de certains produits de déchets, une élévation de température.

Mais, à côté de ces avantages, le drainage a plus d'un inconvénient.

Par le canal du drain, qui établit une communication directe entre la plaie et l'extérieur, des microbes pathogènes peuvent se glisser dans les tissus ; des observations précises ont montré plusieurs fois les drains envahis de proche en proche par des colonies microbiennes parties de leur orifice externe ; le fait est particulièrement à redouter au voisinage des cavités naturelles où l'asepsie cutanée est difficile à assurer ; il est vrai que l'ouverture du drain est le plus souvent abritée par le pansement, mais encore faut-il que celui-ci soit aseptique, et puis, les soins que réclament les drains les exposent à des causes multiples d'infection, d'autant plus qu'on se relâche facilement de la sévérité de l'asepsie, lorsque la plaie se borne à l'orifice du drain. Combien de fois les drains ne sont-ils pas responsables des érysipèles ou des fusées purulentes tardives ! De fait, il n'y a pas de meilleure garantie contre les infections postérieures à l'opération qu'une suture exacte et complète, et la raison est suffisante pour proscrire le drainage à la suite des laparotomies en général.

D'autre part, si le drainage assure fréquemment la première intention, il l'empêche d'être absolue ; pour peu qu'il soit maintenu en place, le drain se creuse entre les surfaces divisées un trajet fatalement voué à la réunion par granulations ; il en résulte toujours un retard notable de la cicatrisation, quelquefois des suppurations interminables ou des fistules.

Un autre inconvénient du drainage est d'être un obstacle aux pansements rares ; tandis que les sutures peuvent rester en place un temps illimité sans inconvénient, il n'en est pas de même des drains : soit qu'ils s'obstruent soit que des granulations s'engagent dans leurs ori-

fices, à tout instant, il faut les retirer pour les nettoyer, les mobiliser ou bien pour les raccourcir, et chaque fois lever le pansement, chose regrettable,vu les avantages de plus en plus appréciés des pansements rares.

En outre, les enlèvements et réintroductions successifs du drain ne laissent pas que de causer aux patients de la gêne, souvent de la douleur.

Les chirurgiens se sont longtemps résignés à subir tous ces méfaits, considérant le drainage comme un mal nécessaire; effectivement, le pansement de Lister rendait le drainage à peu près indispensable : d'abord, l'asepsie était souvent imparfaite; puis, le spray ou les abondantes irrigations phéniquées provoquaient à la surface des tissus une exsudation séreuse extraordinairement abondante; puis encore, le *protective* tissu imperméable appliqué directement sur la peau, empêchait les sécrétions de filtrer entre les points de suture pour se répandre dans les pièces du pansement; aujourd'hui que l'asepsie est arrivée à un degré remarquable de perfection, que l'on a supprimé le spray et les irrigations antiseptiques, et que le pansement absorbant ou dessicateur a remplacé le pansement imperméable et humide, les chirurgiens ont appris à se passer du drainage.

Un progrès très réel est en train de s'accomplir sous ce rapport; comme nous allons le voir, on draine de moins en moins fréquemment et de moins en moins longtemps.

Indications du drainage. Au lieu de placer un drain invariablement dans toutes les plaies, comme on l'a fait longtemps à l'imitation de Lister, il faut envisager le drainage comme un pis-aller et n'y avoir recours qu'en cas de nécessité.

1° En premier lieu on tiendra compte des conditions de la plaie au point de vue de l'*asepsie*.

En règle générale, *les plaies dont l'évolution aseptique est considérée comme assurée ne doivent pas être drainées*; c'est ce qui arrive, lorsque l'opération a porté sur des tissus sains et que les préceptes de l'asepsie ont été rigoureusement observés.

Inversément, *les plaies infectées déjà ou fatalement vouées à l'infection doivent être drainées ;* ainsi, les collections purulentes incisées, qui ne se débarrassent que lentement des microbes pathogènes, ainsi

encore, les plaies qu'il est impossible de préserver contre une infection consécutive, comme celles en communication avec une cavité muqueuse, telle que la bouche, le rectum.

Ce sont là des cas simples, mais il s'en présente dans la pratique une foule d'autres où il n'est pas facile de dire s'il faut oui ou non drainer : ou bien, le chirurgien n'a pas une confiance absolue dans l'asepsie de ses aides ou des objets dont il s'est servi, ou bien une faute dont l'importance est difficile à apprécier a été commise contre l'asepsie dans le cours de l'opération, ou bien encore, comme dans le cas de lésions accidentelles, il est impossible de savoir si des microbes ont ou n'ont pas été déposés dans les tissus.

Chaque fois que l'on n'a pas ainsi de garanties absolues par rapport à l'asepsie, le drainage est toujours une mesure de sécurité, et il devient indispensable, si, par le fait de l'importance de l'opération ou de la gravité du traumatisme, il y a trop de risques à courir par la suture complète.

Les praticiens, obligés d'intervenir souvent dans des conditions telles quelles d'asepsie, se trouveront ainsi plus fréquemment dans la nécessité de recourir au drainage que les chirurgiens opérant dans des services bien tenus et disposant d'aides sur lesquels ils peuvent compter.

2° Après les conditions d'asepsie, c'est l'*étendue de la plaie* qui doit diriger les indications du drainage, non pas l'étendue en surface, mais en profondeur; ce n'est pas à la peau dont les bords peuvent toujours être exactement affrontés que doit profiter le drainage, mais aux parties profondes que la suture ne rapproche pas suffisamment et entre lesquelles les sécrétions s'accumulent pour former ce qu'on a appelé des espaces morts.

C'est pourquoi *on ne draine pas les plaies superficielles*, notamment celles qui n'intéressent guère que la peau, fussent-elles très étendues, tandis qu'*on draine les plaies profondes*, comme celles qui résultent de l'amputation d'un membre; néanmoins, en pratiquant, suivant l'usage de certains chirurgiens, l'affrontement exact des surfaces traumatiques étage par étage, au moyen de plusieurs plans de sutures perdues au catgut, on arrive à supprimer le drainage même pour les plaies profondes.

Neuber, qui préconise la suppression à peu près absolue du drainage, procède de la manière suivante :

L'opération terminée, la plaie est tamponnée à l'aide d'une bandelette de gaze stérilisée, modérément tassée; au-dessus du tampon, la peau est réunie complètement par la suture, sauf en un point, le point déclive de préférence, par lequel sort l'extrémité de la bandelette de gaze; à ce moment, à mesure que celle-ci est retirée par le chirurgien, un aide exerce une pression plus ou moins énergique sur les parties réunies à l'aide d'une éponge; la gaze revient imprégnée du sang qui s'est écoulé pendant l'application des sutures et la pression exercée par l'éponge achève de vider la plaie du sang ou des autres sécrétions ainsi que de l'air emprisonné ; il ne reste plus qu'à passer un ou deux points de suture pour achever de fermer la plaie, et à fixer l'éponge, restée en place comme pansement, par une bande.

Les points de suture supplémentaires peuvent même être passés avant de retirer la gaze, de façon qu'il ne reste plus qu'à les nouer.

3° Il faut enfin tenir compte de la façon dont la plaie doit se réunir; *le drainage est superflu, si on peut compter sur la première intention ; sinon, il est utile ou indispensable;* dans la première catégorie, rentrent les plaies faites dans des tissus sains par l'instrument tranchant, à surfaces régulières susceptibles d'être rapprochées parfaitement; dans la seconde catégorie, les plaies pratiquées dans des tissus pathologiques, les plaies contuses, aufractueuses et celles dont les parties profondes ne peuvent être adossées l'une à l'autre comme après les opérations qui entraînent une perte de substance du tissu osseux.

Néanmoins, Schede a montré qu'on pouvait obtenir une réunion prompte et parfaite sans drainage dans un grand nombre de cas de ce genre; il s'agit tout bonnement de confier la cicatrisation à l'organisation du caillot sanguin remplissant la cavité traumatique; à proprement parler, le caillot ne s'organise pas, mais il est peu à peu remplacé par un tissu définitif partant des parois de la cavité, et, comme il en remplit exactement tous les coins et les recoins, la réparation se fait régulièrement et sans donner lieu à aucune espèce de sécrétion, et cela dans un temps notablement plus court que si on avait pratiqué le drainage.

C'est par ce mécanisme que l'on obtient depuis toujours la première intention après la section sous-cutanée des muscles ou des tendons, malgré l'écartement des surfaces; de même, à l'exemple de Schede,

on abandonne de plus en plus le drainage à la suite des résections articulaires, des fractures compliquées de plaies, à la suite de l'évidement de l'aisselle dans les cas de cancers du sein, etc.

Pour assurer l'organisation du caillot, Schede a imaginé le moyen suivant, applicable surtout lorsqu'il y a une cavité considérable à combler par granulations et qu'il ne faut pas songer à l'effacer par la suture, notamment à la suite d'opérations sur les os; au lieu de tamponner à la gaze, comme on le fait ordinairement, Schede suture la peau complètement par dessus la cavité, sauf en une certaine étendue, de préférence à la partie supérieure de la plaie; puis il applique sur la peau, aussi exactement que possible et sans faire de plis, un morceau de protective qui a à remplir un double rôle : permettre à la cavité de se remplir complètement de sang et empêcher que le sang ne se dessèche, ou ne soit absorbé par les pièces de pansement ; une feuille de gutta-percha ou tout autre tissu imperméable peut remplacer le protective.

Le suintement sanguin qui se produit ne tarde pas à remplir la cavité, la quantité en excès s'échappe par le point non réuni et passe dans le pansement; le reste se coagule et s'organise, et la guérison survient comme dans la première intention. Pour que la cavité se remplisse de sang, on aura soin de ne lier que les vaisseaux importants; lorsque la bande d'Esmarch a été appliquée, il se produit toujours après son enlèvement un suintement sanguin suffisant.

La méthode de Schede, connue sous le nom de cicatrisation par le caillot de sang humide, ne réussit, on le conçoit, que si la plaie est parfaitement aseptique; sinon, le sang se putréfie rapidement et on est exposé à des accidents d'infection.

Durée du drainage. Autrefois, les drains étaient maintenus indéfiniment dans la plaie, et on laissait tout simplement aux bourgeons charnus la mission de les expulser; c'était un mal.

En réalité, les drains ont rempli le plus souvent leur rôle au bout d'un temps très court; c'est pendant les deux ou trois premiers jours surtout que se produisent après une opération ou un traumatisme ces sécrétions profuses qui tendent à décoller les parties, et il ne faut pas plus longtemps pour apprécier d'après l'état de la température ou d'autres phénomènes si l'évolution dans les cas douteux sera oui ou non aseptique.

Or, en supprimant le drainage de bonne heure, on échappe à presque tous les inconvénients qui en résultent : d'une part, les tissus n'ayant pas le temps de s'organiser autour du drain, son trajet se comble grâce à l'élasticité des tissus ou bien il est rempli par un caillot sanguin qui s'organise et on obtient la première réunion comme si on n'avait pas draîné; d'autre part, les infections par le drain, qui sont toujours des infections tardives, sont évitées, et il ne faut plus recourir à des pansements fréquents pour mobiliser ou raccourcir le drain.

Reste l'obligation de lever le pansement au bout de quelques jours pour enlever le drain : on a cherché à le faire disparaître également. Neuber a conseillé à cet effet des *drains résorbables*, formé d'un cylindre, taillé dans la substance compacte des os de bœufs ou de chevaux, perforé, puis dépouillé de ses sels calcaires par le traitement à l'acide chlorhydrique.

L'os est ainsi réduit à sa trame de matières organiques et il se digère au contact des tissus vivants de la même façon que le catgut; le tube d'os décalcifié fonctionne comme drain aussi longtemps que ses parois, graduellement amincies, résistent, c'est-à-dire en moyenne pendant cinq jours, et il disparaît totalement au bout d'une dizaine de jours, sauf le bout émergeant de la ligne de suture qui tombe dans le pansement.

Les os d'oiseaux, naturellement creux, les os de lapins dépouillés de leur moëlle, ont été utilisés par Trendelenburg de la même façon que les précédents, qui sont d'un prix assez élevé. Lorsque ces tubes osseux sont bien préparés, le drainage se supprime de lui-même au moment où il est généralement devenu inutile; malheureusement, la résorption ne se fait pas toujours régulièrement; il suffit, pour qu'elle n'ait pas lieu ou retarde sensiblement, que le drain ait été séparé des tissus vasculaires par un caillot sanguin ou des parties mortifiées, et il reste alors comme un corps étranger dans la plaie; d'autres fois au contraire, la résorption marche trop rapidement; aussi les drains en os décalcifié sont à peu près complètement abandonnés.

Le catgut sert aussi à préparer des drains résorbables; on en réunit un certain nombre en un faisceau et les sécrétions filtrent en vertu de la capillarité dans les interstices qui séparent les différents

fils, mais ces instertices sont supprimés de très bonne heure par le gonflement du catgut et le drainage est défectueux.

On arrive du reste très simplement au résultat visé par les drains résorbables en attachant au bout du drain un fil que l'on conduit en dehors du pansement; quand on juge que le drainage est suffisant, on exerce quelques tractions sur le fil, et le drain se dégage de l'intérieur de la plaie pour rester dans le pansement demeuré intact.

Si on ne veut pas recourir à ce petit artifice, il suffit de lever le pansement, au moment où le drainage est devenu inutile.

Il n'est pas possible de déterminer d'une manière générale quand le drainage peut être supprimé; dans les plaies infectées, il va de soi qu'il sera maintenu aussi longtemps qu'il s'écoulera du pus, et partant souvent jusqu'à complète cicatrisation; dans les plaies d'une asepsie douteuse, on aura pour guide avant tout l'état de la température; lorsque celle-ci, dans les deux ou trois premiers jours qui suivent l'opération, ne dépasse guère 37° ou qu'elle se maintient pendant un jour ou deux à ce niveau, après avoir été d'abord plus élevée, on peut estimer que tout danger est conjuré, et supprimer le drainage; il est à peu près impossible en effet, qu'une infection dont l'origine remonte au moment de l'opération ne se soit pas manifestée dans les 4 ou 5 premiers jours; dans les plaies parfaitement aseptiques, c'est d'après l'abondance de l'écoulement, constatée à la souillure des pièces de pansement, qu'on jugera du moment opportun, et, comme les sécrétions ne sont guère abondantes que pendant les deux premiers jours, le drainage pourra le plus souvent être supprimé au bout de ce temps.

Choix et asepsie des drains. On s'adresse communément aux *tubes en caoutchouc mou;* on en trouve dans le commerce de coloration diverse, gris, noirs ou rouges, qui s'emploient à peu près indifféremment; on a voulu proscrire les tubes en caoutchouc gris, qui, à cause du soufre qu'ils renferment, noircissent au contact des tissus et acquièrent une odeur désagréable; ce sont cependant ceux qui sont le plus en usage, au moins en Belgique, parce qu'ils sont les plus résistants.

Il y a des drains de différent calibre calculé d'après la longueur du diamètre intérieur; celui-ci varie de 1 à 10, millimètres mais il suffit de s'approvisionner de deux ou trois espèces de drains, soit ceux de 2, de 4 et de 8 millimètres.

Les drains sont livrés dans des flacons hermétiquement clos remplis d'une solution phéniquée à 5 p. 100; l'acide phénique est généralement préféré pour ce cas spécial au sublimé, lequel se décompose en partie sous l'influence des produits sulfureux du drain; l'asepsie des drains n'est considérée comme assurée qu'après quinze jours d'immersion dans la solution, et encore elle n'est souvent pas parfaite, vu le faible pouvoir bactéricide des solutions antiseptiques; assurément, elle devient très incertaine, du moment que le flacon a été défait, que le drain a été retiré de la solution et manipulé de diverse façon, comme il arrive lorsqu'on a besoin d'en prendre une certaine longueur.

Il se peut que les doigts ou les instruments venus en contact avec la partie du drain remise dans le flacon aient été parfaitement aseptiques, mais cela ne suffit pas; en effet, comme l'acide phénique s'évapore rapidement, la solution ne tarde pas à perdre ses propriétés antiseptiques et il s'y développe d'une façon ou de l'autre divers troubles bactériens; au moins faudrait-il, pour assurer la conservation des drains, renouveler fréquemment le liquide. Il est plus simple et plus sûr de recourir à la désinfection par la chaleur; il faut savoir en effet que les drains en caoutchouc supportent sans dommage l'ébullition dans l'eau, même plusieurs fois répétée; je conseille de traiter les drains dans tous les cas indistinctement de la manière suivante : *prendre du flacon avant l'opération telle ou telle longueur du drain qu'on présume devoir employer et la jeter avec les instruments dans la solution de sel de soude*; une ébullition de cinq minutes sera amplement suffisante.

Les praticiens, qui n'ayant besoin de drains qu'à de longs intervalles doivent conserver les flacons fort longtemps, feront surtout bien de suivre ce conseil; les drains se stérilisent également bien dans l'étuve à vapeur.

On a proposé de remplacer les tubes en caoutchouc mou par des *tubes rigides* en caoutchouc durci, en verre, en aluminium, soit pour assurer davantage le drainage, soit pour faciliter l'asepsie des drains, mais, sauf des cas exceptionnels, les drains rigides ne sont pas à conseiller; l'expérience prouve que les tubes en caoutchouc mou remplissent parfaitement l'office de drains et que leur lumière ne se laisse pas effacer, comme on pourrait le craindre, sous la pression des tissus; en outre les drains souples s'appliquent plus aisément, sont mieux

supportés par les tissus et gênent moins les malades; les drains rigides ne se laissent pas au surplus débiter en morceaux de longueur appropriée aux circonstances et il faudrait s'en procurer un choix très varié pour satisfaire à tous les besoins ; quant à la stérilisation, grâce à l'emploi de la chaleur, les drains en caoutchouc mou ne sont pas inférieurs aux drains en verre ou en métal.

Les drains formés d'une faisceau de *crins* ou de *verre filé* ne sont plus usités.

Il est parfois avantageux de remplacer les tubes en caoutchouc par des *languettes de gaze* stérilisée ou antiseptique; c'est quand il s'agit, en même temps que d'assurer le drainage, d'exercer un tamponnement hémostatique; la gaze peut même être employée dans tous les cas, à défaut de drains; elle aspire les sécrétions au dehors grâce à la capillarité et son action s'exerce même en dépit des lois de la pesanteur; on a soin de laisser au dehors une des extrémités de la languette introduite dans la plaie, afin de pouvoir la retirer commodément.

Technique du drainage. Le drain en caoutchouc mou doit être façonné avant d'être employé; on choisit un morceau de volume et de longueur appropriés spécialement à la profondeur de la plaie; on coupe obliquement, en biseau, une des extrémités, celle qui doit pénétrer dans la plaie et qui ainsi s'engage plus aisément entre les tissus ; sur ce bout, on taille à quelque distance l'une de l'autre, et dans les différents points de la circonférence, deux ou trois ouvertures ovalaires destinées à recueillir les sécrétions, concurremment avec l'ouverture terminale.

Le meilleur moment pour introduire le drain est celui où l'on a déjà serré quelques sutures ou bien où on les a passées toutes sans les nouer; ils se posent alors facilement à l'endroit voulu et ne sont plus dérangés; les doigts suffisent le plus souvent à conduire le drain en place; au besoin, on se servira de la première pince venue; quant aux instruments spéciaux inventés pour poser les drains, ils ne sont jamais indispensables.

Le drain doit parcourir dans les tissus autant que possible un trajet rectiligne; au lieu d'un drain, unique, de gros calibre, décrivant un long trajet, exposé à être aplati ou coudé, il vaut mieux placer plusieurs drains courts, et de petit calibre.

Pour éviter la formation de clapiers, on drainera aux points déclives, au besoin en pratiquant des contre-ouvertures ; grâce à ces contre-ouvertures, il est possible, malgré le drainage, de fermer complètement la plaie d'opération, ce qui est avantageux au point de vue de la réunion.

Le drain placé, on le coupe transversalement et à ras de la peau, pour empêcher qu'il ne soit aplati ou coudé par la pression des pièces de pansement; il reste à le fixer pour l'empêcher de se perdre dans la plaie, ce qui est maintes fois arrivé avec de sérieux inconvénients, par exemple dans le cas d'empyème, de vastes cavités d'abcès froids; pour cela, on traverse à l'aide d'un fil à la fois le drain et la peau comme pour une suture, ou bien on passe à travers le drain une épingle, dite de sûreté, que l'on a eu soin au préalable d'aseptiser dans la solution sodique bouillante ou dans l'étuve à vapeur ; une petite languette de gaze, glissée autour du drain sous l'épingle, empêche celle-ci d'exercer une pression douloureuse sur les lèvres de la plaie.

A la levée du pansement, on supprimera les drains devenus inutiles ; pour les autres, on les retirera de la plaie pour les laver dans une solution antiseptique et, si la quantité et la qualité des sécrétions le permettent, on les raccourcira avant de les réintroduire, afin de permettre au trajet qu'ils occupent de se fermer graduellement; il est nécessaire du reste de mobiliser les drains tous les cinq ou six jours au moins, pour éviter qu'ils ne soient fixés par des bourgeons charnus engagés dans leurs ouvertures ; sinon, on provoquerait en les retirant, du saignement et de la douleur.

Dr DANDOIS.

DÉONTOLOGIE. DÉCLARATIONS DE NAISSANCE.

Il n'est guère pour le médecin de position plus difficile et plus pénible que celle où le place la découverte de certaines grossesses illégitimes ; il n'en est pas où il doive se montrer davantage homme de tact, de discrétion et de bon conseil.

Pour tirer tout le monde d'embarras, dans le temps, il y avait les « tours », ces berceaux accueillants et muets qui permettaient aux mères coupables d'échapper à la honte en jetant un enfant anonyme

à la charité publique : l'honneur était sauf... et l'enfant « perdu » ou « trouvé » comme on voudra. Mais la police, qui avait ses raisons, a supprimé les tours et, que ce soit un bien ou un mal, le procédé du coucou n'est plus praticable.

Aujourd'hui, pour bien faire, que doit faire le médecin? — Conseiller à la femme d'aller s'accoucher dans une autre localité du pays? — C'est inutile : l'acte de naissance est toujours transmis au lieu du domicile légal. De passer en France ou en Hollande? — Le résultat est le même. De faire endosser l'enfant par une autre femme! — C'est risqué; l'éditeur responsable n'est pas facile à trouver et l'on sera toujours à sa merci. De donner un faux nom? — C'est dangereux : la loi punit les faussaires. De se faire avorter? — C'est plus criminel encore. De pousser jusqu'à la grande Maternité de Vienne où — il y a quelques années du moins — on n'exigeait pas le nom de la mère, et où elle pouvait laisser l'enfant à la charge du Gouvernement autrichien? — C'est conseiller l'abandon de l'enfant.

Sans doute le médecin doit tâcher qu'il se fasse le moins de bruit possible autour de l'affaire, mais pour étouffer le scandale, peut-il, s'abritant derrière le secret professionnel, refuser de livrer le nom de la mère aux registres de l'état-civil? La jurisprudence française dit oui; le nouveau code pénal belge dit : non! Or, nous sommes régis par le code belge, et nous estimons qu'il lui faut obéir, non pas parce qu'il nous menace d'une amende si nous n'obéissons pas — l'amende n'arrête pas une conscience généreuse dans l'accomplissement d'un devoir — mais, tout simplement, parce que la chose prescrite par notre code est absolument raisonnable et juste.

« Si la loi exige le nom de la mère, — avons-nous écrit, — l'équité aussi le réclame. Nous ne pourrions le supprimer qu'en nous rendant complices d'une injustice flagrante : je ne puis accepter que, pour sauvegarder soit des intérêts pécuniaires, soit l'honneur avarié d'une femme, le médecin se coalise avec la famille contre un enfant, pour lui cacher son origine et le frustrer de tous les droits naturels découlant de la filiation... Il n'y a pas de secret professionnel qui puisse me contraindre à poser en faveur des uns un acte qui lèse les autres, à me rendre complice de l'oppression de l'innocent par le coupable et du faible par le fort. »

M. le professeur Hyernaux, de Bruxelles, est d'un autre avis, et il vient d'écrire ce qui suit au *Journal d'accouchements de Liége* (1894, p. 41).

« En Belgique, le praticien doit absolument faire les déclarations de naissance avec tous les détails voulus, tels qu'ils sont énumérés dans les art. 55, 56 et 57 du code civil. Chez nous il n'est pas permis de se contenter de faire inscrire un enfant « père et mère inconnus » comme cela existe en France. La jurisprudence est fixée à cet égard; la cour de cassation a statué d'une manière définitive et formelle. (*Jnl d'accouch.*, 1894, p. 27).

» Cela est parfaitement exact; seulement j'estime qu'il est des circonstances où le secret professionnel s'impose au praticien d'une manière absolue, dût-il encourir toutes les rigueurs de la loi. C'est le cas dans lequel je me suis trouvé.

C'était au cours de l'année 1892 que j'étais appelé à donner mes conseils, et plus tard mes soins spéciaux, à une jeune personne aussi distinguée dans ses allures que dans son langage et qui, en m'accusant sa faiblesse d'un instant, faisait appel à mon honneur et me rendait dépositaire du sien et de celui de toute sa famille. Ce dépôt je l'ai accepté avec la pensée inébranlable d'en être le gardien fidèle, quoi qu'il advînt.

» Telles étaient mes dispositions lorsque, au mois de juin, quelques heures après sa naissance, je présentais moi-même, à l'officier de l'état civil, pour y être inscrit au registre de la population, un enfant que je déclarais être né de père et mère inconnus et auquel je donnais les noms de Marie-Andrée.

» Grand émoi dans le bureau; le commis d'abord, son chef ensuite, me rappelèrent les articles 55, 56 et 57 du code civil, que je n'ignorais pas. J'avais satisfait aux deux premiers en affirmant que cet enfant, *à eux présenté dans le délai légal*, avait été mis au monde par *mes soins*. Quant à obtempérer à l'art. 57 qui prescrit l'obligation de *décliner les prénoms*, *noms*, *domicile de la mère* et *le lieu de naissance de l'enfant*, je m'y refusai formellement.

» Refus alors de la part de l'officier de l'état civil de transcrire ma déclaration. Comme j'avais fait acter ma démarche en présence de deux témoins, je ne m'inquiétai pas davantage de ce refus qui était correct, j'en conviens, puisqu'il était basé sur la loi.

» Quelques jours plus tard, j'étais mandé au Parquet, où je fus reçu par un juge d'instruction qui me fit remarquer, avec une exquise politesse d'ailleurs, que mon silence dans l'affaire qui m'appelait devant lui, m'exposait à de sérieux désagréments et que, si j'y persistais, il désirait connaître et apprécier ma justification.

» Ma justification, M. le Juge, elle est bien simple; la voici.

» On a vu et j'ai vu la fille la plus vertueuse et la plus honorable du monde avoir un moment d'inconscient abandon pour un misérable qui la trompe. Cette fille vient secrètement et confidentiellement cacher sa honte dans ma conscience d'honnête homme et vous me demandez son nom! Mais, M. le Juge, si vous aviez une fille, et que ce fût-elle dans ce cas, trouveriez-vous assez de malédictions dans votre cœur de père outragé, pour flétrir ma conduite si, par une ignoble indiscrétion, j'allais jeter son nom, qui est le vôtre, en pâture à la malveillance du public?

» Je n'en dis pas davantage et j'attendis le résultat de cette courte mais courtoise entrevue.

» Je n'entendais plus parler de l'affaire lorsque, sur ma demande, un extrait des minutes reposant an greffe du tribunal de première instance séant à Bruxelles, m'était transmis quelques semaines plus tard. »

Et M. Hyernaux produit un jugement prononcé le 30 juillet 1892 par MM. Duquesne, vice-président; Nys, Corbisier de Méaulsart, juges; Gendebien, substitut du procureur du Roi; ordonnant à l'officier de l'état civil d'inscrire sur ses registres l'acte de naissance de Marie-Andrée.

Le professeur de Bruxelles qui a contrevenu à la loi, a sans doute été poursuivi et condamné, comme *tous* les autres médecins belges qui se sont trouvés dans le même cas? — Pas du tout; son nom n'est pas même cité dans le jugement!

C'est à n'y rien comprendre! « M. Hyernaux, dit le *Journal d'accouchements*, a eu affaire à un bon juge, qui n'a pas voulu ébruiter l'affaire pour un motif quelconque, mais y en a-t-il beaucoup de semblables? Il serait dangereux de s'y fier. »

Dieu nous garde de blâmer notre honoré Confrère : il a agi selon sa conscience et, en honnête homme, il s'est exposé, pour lui obéir, à

de graves désagréments, actuels et futurs. Mais sa conscience était-elle bien éclairée? — Nous croyons qu'il n'a envisagé la question que sous un seul de ses aspects, par son petit côté. Son bon cœur s'est laissé aveugler par des larmes — les larmes sont toujours troublantes — et celles de la jeune fille et de la famille l'ont empêché de voir aussi, non-seulement les intérêts, mais les *droits* de l'enfant.

M. Hyernaux ne nous dit pas ce qu'a répondu à son petit plaidoyer le magistrat instructeur : c'eût été cependant du plus haut intérêt. Il n'y a pas irrévérence à nous figurer qu'il a *dû* parler à peu près de la sorte :

« Votre justification, dites-vous, est bien simple ; permettez-moi de trouver qu'elle l'est trop : elle ne *justifie* rien du tout. — Si elle peut être reçue en France, elle n'est pas acceptable en Belgique où la loi est formelle, et mon devoir de juge d'instruction est de vous attraire devant les tribunaux... qui vous condamneront pour l'avoir violée. — Ce devoir est d'autant plus impérieux pour moi, qu'en raison des longues années que vous avez passées dans l'enseignement et de votre haute situation, les exemples venant de vous ont plus de retentissement.

» Et cependant je ne vous poursuivrai pas !... »

Ce juge peu disposé à poursuivre aurait pu être disposé à causer, et nous ne lui reprocherions certainement pas d'avoir tenu le petit discours suivant.

« Voyons, M. le Docteur, croyez-vous sérieusement que « la fille la plus vertueuse et la plus honorable du monde » se laisse faire des enfants? — Les filles vraiment *vertueuses* et *honorables* n'ont pas de ces « moments d'inconscient abandon ; » la vertu consiste précisément à ne pas se laisser aller à des abandons qui ont des suites si fâcheuses. Laissons donc la vertu de côté : elle n'a rien à faire dans le cas présent.

» Votre jeune personne « aussi distinguée dans ses allures que dans son langage » me rappelle une mendiante qui, son enfant sur le bras, se plaignait à son curé d'avoir, elle aussi, été indignement trompée. — Comment trompée? lui dit le curé.

— Mais oui, le misérable m'a fait un enfant !

— Vous avait-il promis qu'il y en aurait deux? Non? Alors,

comme vous saviez bien qu'il pouvait en venir un, ne dites donc plus que vous avez été trompée !

» Il faut être indulgent et miséricordieux pour le sexe faible, qu'il soit vêtu de bure ou de satin ; le monde ne l'est pas, et on ne trouve le pardon pour les fautes que dans l'Evangile, qui fait tomber les pierres des mains toujours prêtes à lapider.

» Cette fille, dites-vous, est « venue cacher sa honte dans votre conscience d'honnête homme. » Elle venait surtout vous prier de l'aider à éluder les conséquences, à cacher l'*enfant*. Pouviez-vous lui promettre cette assistance ? C'est la question. Et, puisqu'on vous demandait conseil, n'auriez-vous pas pu dire à cette malheureuse : « Vous avez commis une première faute ; vous voulez en commettre une seconde, beaucoup plus grave, pour laquelle vous me demandez ma complicité : je ne puis vous l'accorder. Fille, vous avez manqué de chasteté ; femme, ne manquez pas de cœur ; ne violez pas les *lois naturelles*, et ne devenez pas une mère *dénaturée* en jetant votre enfant à l'abandon ! Le seul moyen de regagner en ce monde un peu de considération après la faute, est la réparation : acceptez ce devoir et dévouez-vous ! Et, si plus tard vous rencontrez des pharisiens qui ne vous ôtent plus leur chapeau, consolez-vous en pensant que les gens de cœur oublieront la faiblesse de la jeune fille en faveur de l'héroïsme de la mère. « Etre une bonne mère est d'un grand poids dans toutes les justices, humaine et divine, » a dit un grand penseur, dont la mère s'est trouvée dans le même cas que vous. »

» Ce langage n'a peut-être pas beaucoup de chances d'être souvent entendu ; il n'en est pas moins celui qui convient.

» Si c'était ma fille ! dites-vous. Cet argument *ad hominem* ne saurait toucher un juge d'instruction, qui ne connaît que la loi, pas les personnes, et qui, au besoin, devrait requérir contre les siens, comme Brutus contre ses propres fils.

» Votre coup droit m'autorise à riposter par un autre coup droit. Quand vous étiez directeur de la maternité de Bruxelles, cachiez-vous à l'officier de l'état-civil le nom des filles qui venaient à l'hospice se confier à vos soins ? Ce que vous ne croyiez pas pouvoir faire pour la pauvre fille du peuple, comment l'estimez-vous permis en faveur de la fille, cent fois moins excusable, de haut ou puissant personnage ?

» L'honneur d'une famille éplorée? Ah oui! c'est le côté le plus douloureux de l'affaire! Cependant le déshonneur n'est pas dans le bruit, il est dans la faute, et celle-ci est commise irréparablement : l'honneur perdu pas plus que la virginité ne se retrouve. S'il faut tâcher d'éviter le scandale, pour y arriver, tout n'est pas permis : vous ne pouvez pas recourir à l'avortement; vous ne pouvez pas pratiquer l'infanticide; vous ne pouvez supprimer l'enfant ni physiquement ni légalement; vous ne pouvez, sans injustice, le frustrer d'aucun de ses droits naturels.

» Or son droit évident, imprescriptible, est de connaître sa mère. C'est l'avis de Pirmez, c'est l'avis de Laurent, c'est l'avis de la législature belge.

» Que va devenir cet enfant sans mère et sans famille? Il se peut qu'une sollicitude occulte veille de loin sur lui dans la vie et le sauve de la misère noire et du vice... mais, la plupart du temps, les générosités toujours préoccupées de ne pas se trahir se fatiguent et se relâchent; on finit par haïr cet inconnu « d'où provient tout le mal, » cette cause, bien innocente, de tant de transes, de larmes et d'ennuis. Si au moins il disparaissait, on pourrait vivre tranquille! Et, en somme, ce qui peut lui arriver de plus heureux, c'est peut-être encore de mourir en nourrice ou à l'hospice des enfants trouvés, avant d'avoir conscience de toutes les horreurs de l'abandon!

» S'il vit, que répondrez-vous à ce malheureux, que vous avez mis dans l'impossibilité de jamais retrouver sa mère, lorsqu'il viendra vous demander réparation de tous les préjudices qu'il a subis par votre faute? — Rien qui vaille! — et les tribunaux civils devront vous condamner à des dommages-intérêts. »

Voilà comment, selon nous, aurait dû parler le juge d'instruction car voilà, croyons-nous, la vérité, la justice et le droit.

Dr EUGÈNE HUBERT.

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE FRANCHE.

Le dr Lyon a publié dans la *Gazette des hôpitaux* une étude clinique sur le traitement de la pneumonie, que nous résumons d'après l'analyse de la *Gazette médic. de Liége* :

Aujourd'hui, on tient moins compte de l'état local que de l'état général du sujet infecté par le pneumocoque : de là, l'importance de la médication tonique et la nécessité des diurétiques d'une part, pour éliminer les toxines microbiennes et dépurer l'organisme, et des cardiaques de l'autre, pour relever l'énergie du cœur. Telles sont les bases du traitement actuel de la pneumonie.

Le *traitement préventif* a acquis aujourd'hui de l'importance.

Etant donné que le pneumocoque, cause efficiente de la pneumonie, provient, soit du milieu ambiant, soit de la bouche des sujets chez qui se développe la pneumonie, la prophylaxie exige que l'on ne néglige pas l'antisepsie buccale chez les sujets qui ont été atteints de pneumonie, ainsi que chez tout malade atteint d'une maladie infectieuse, telle que rougeole, scarlatine, variole, fièvre typhoïde, érysipèle, etc., parce que chez ces derniers les modifications que présente la salive dans ses propriétés physico-chimiques constituent une condition éminemment prédisposante à l'infection secondaire des voies respiratoires par le pneumocoque.

L'antisepsie buccale se réalise au moyen de lavages fréquents de la bouche avec des solutions d'acide borique à 4 p. mille ou thymique à 1 p. mille.

De même, *pour éviter la contagion*, il faut pratiquer l'isolement des malades et détruire le véhicule du contage, c'est-à-dire les produits de l'expectoration, désinfecter les linges et les effets divers qui ont été au contact du pneumonique.

En fait de traitement l'auteur insiste sur ce précepte que, à l'heure actuelle, *la seule thérapeutique rationnelle de la pneumonie est celle des indications*.

La chambre doit être vaste, avoir une température convenable ne dépassant pas 18°, et un air pur fréquemment renouvelé ; le malade aura la tête élevée, le tronc soulevé par plusieurs oreillers et changera souvent de position. Il prendra du lait, du bouillon, du café, du vin, des grogs, et pour calmer sa soif des boissons acidulées.

On combattra *le point de côté* par l'application, *loco dolenti*, de *ventouses scarifiées* ou encore par une *injection* sous-cutanée de chlorhydrate *de morphine* à la dose de 1 centigramme au plus.

Si la dyspnée s'accompagne de cyanose, de dilatation des veines du cou, d'expectoration sanguinolente abondante, on pratiquera *une saignée générale*, surtout chez les individus vigoureux, phlétoriques; ce moyen, rarement utilisé, a l'avantage d'être suivi d'un effet immédiat, tandis que l'action de la digitale ne s'exerce que tardivement.

Chez les femmes nerveuses, les hystériques, on constate parfois une dyspnée hors de proportion avec les signes locaux et qui cède princi-

palement aux *antispamodiques*, de préférence au *bromure de potassium*.

L'enveloppement du thorax avec des *compresses imbibées d'eau froide*, fréquemment renouvelées et recouvertes de taffetas gommé, constitue un révulsif inoffensif, d'une réelle efficacité, qui a pour effet de décongestionner le poumon.

Ajoutons à ce propos que le dr Mays recommande *l'emploi de la glace sur la poitrine* contre la pneumonie comme un puissant moyen d'enrayer la gravité du processus inflammatoire.

La glace exerce une influence rapide sur les signes stéthoscopiques par la réapparition prompte du murmure respiratoire.

Elle diminue la toux, le point de côté, soulage la respiration et facilite la toux et l'expectoration. Son application n'a été suivie, dans aucun cas, de phénomènes dangereux, et les malades réclament la continuation du traitement, dès qu'ils y ont été soumis. L'auteur a cependant appliqué la glace jusque pendant quinze jours.

Il y a eu recours dans les âges les plus variés, de six mois à soixante-quatorze ans.

Sur 50 cas traités, l'auteur ne relève que deux morts. Lees, sur 18 cas, et Jackson sur 11 cas n'ont pas eu de décès. Fieaudt a traité de la même manière 106 pneumoniques avec une mortalité de 2,82 p. c. Les résultats ont donc été des plus favorables.

Pour favoriser l'expectoration toujours difficile au début et fatigante, les meilleurs moyens, selon le dr Lyon, sont les *vaporisations d'eau dans la chambre* et l'emploi de la *poudre de Dower* à petites doses, soit 40 centigrammes en deux prises associées ou non au sulfate de quinine.

On peut employer également avec avantage les *sels ammoniacaux* : carbonate, chlorhydrate et surtout acétate d'ammoniaque :

Acétate d'ammoniaque	10 grammes.
Teinture de cannelle	5 grammes.
Extrait de quinquina	2 grammes.
Eau distillée de mélisse	120 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges	30 grammes.

1 c. à bouche toutes les heures ou toutes les 2 heures.

De même la liqueur ammoniacale anisée (X gouttes 4 fois par jour).

Contre l'insomnie, une cuillerée de sirop de *chloral* ou un lavement avec du chloral, de préférence à l'opium ou à la morphine ; un gramme de *sulfonal*, ou bien 2 grammes de *paraldéhyde*, soit en potion, soit en lavement.

Contre l'embarras gastrique, parfois assez prononcé, qui accompagne souvent la pneumonie, 1 gr. 50 d'*ipéca*, en deux fois à dix minutes d'intervalle, dans un verre d'eau tiède.

Contre la fièvre, la *quinine* et l'*antipyrine*, dont l'action paraît des plus problématiques. L'abaissement de température ne devient manifeste que si l'on emploie des doses élevées de quinine, c'est-à-dire au moins 1 gr. 50, et d'antipyrine, c'est-à-dire 4 à 5 grammes; de plus, il faut que ces doses soient administrées en un court espace de temps, sinon on n'obtient pas l'effet désiré. L'effet se produit passagèrement au bout de 4 à 7 heures pour la quinine, de 3 à 5 heures pour l'antipyrine, et s'accompagne de sueurs profuses désagréables, surtout avec l'antipyrine; celle-ci peut, en outre, chez les sujets adynamiques, provoquer des phénomènes de collapsus et faciliterait, paraît-il, l'accumulation de produits toxiques dans l'économie.

L'auteur est partisan de la *proscription systématique du vésicatoire* parce que, dit-il, il introduit d'abord dans l'économie un principe toxique, susceptible dans certains cas de déterminer une aggravation dans la maladie, par les accidents de cystite ou de néphrite cantharidiennes auxquels il peut donner naissance et, en second lieu, parce que la plaie qui en résulte peut être le point de départ de diphtérie, d'érysipèle ou tout au moins de furoncles, d'anthrax, et par conséquent produire de l'agitation et de l'insomnie, une fièvre passagère et une diminution de la quantité des urines.

Il est d'avis qu'*il faut rejeter également l'usage des antimoniaux, kermès, oxyde blanc d'antimoine, tartre stibié*, qui sont employés empiriquement et dont les effets nuisibles sont incontestables, alors que leur utilité n'a jamais pu être démontrée. A faibles doses, les deux premiers n'ont aucune action appréciable; à doses élevées, ils provoquent les vomissements et la diarrhée. Quant au tartre stibié, il est aujourd'hui abandonné, à cause de l'action dépressive qu'il exerce sur le cœur, quand il s'agit au contraire de maintenir ou de renforcer l'énergie cardiaque. L.

TRAITEMENT DE LA BRONCHO-PNEUMONIE DES ENFANTS.

Parmi les maladies de l'enfance, la broncho-pneumonie est une de celles qui causent la plus grande mortalité; aussi ne sera-t-il pas sans utilité de résumer les études cliniques que le dr Simon et le dr Eloy ont publiées sur les principes qui doivent guider la médication de cette affection.

Tout d'abord, le *traitement préventif* n'est pas sans importance, comme l'établit le dr Simon. La broncho-pneumonie étant presque toujours une maladie secondaire, c'est-à-dire que, lorsqu'elle ne succède pas à une maladie infectieuse, elle est en tout cas précédée habituellement pendant un certain temps de bronchite légère, il faut chez les

petits enfants traiter cette bronchite préalable, surtout s'il y a de la fièvre, comme une véritable maladie. Il faut prendre les plus grandes précautions pour les voies respiratoires supérieures : faire des lavages du nez, appliquer des pommades à l'orifice des narines, faire des badigeonnages antiseptiques de la gorge, alors même qu'elle ne présente pas d'exsudats, faire entretenir une propreté extrême de la face et du linge. Il faut aussi éloigner les autres enfants et éviter pour eux l'usage des mêmes objets.

Lorsque la maladie est déclarée, il y a à considérer la médication externe et la médication interne.

Médication externe. Le dr Simon institue un traitement actif, consistant dans une révulsion sur la peau, exercée au moyen de *ventouses*, de *cataplasmes sinapisés*, d'*enveloppements dans de la ouate et le taffetas gommé*.

Ce sont des ventouses sèches qu'on applique ordinairement, mais s'il y avait des poussées congestives assez vives avec tendance à l'asphyxie, il faudrait user de ventouses scarifiées.

Les vésicatoires doivent encore être utilisés, mais à la condition d'être très surveillés, ils ne doivent pas être laissés plus de trois heures en place, ils doivent ensuite être remplacés par un cataplasme de fécule et être pansés avec la vaseline et la ouate.

Les bains peuvent encore rendre des services, mais M. Simon ne les donne froids que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles; il les donne tièdes à 34°, les refroidissant peu à peu de quelques degrés et les utilise pour les cas où les enfants présentent une agitation extrême qui ne cède pas à d'autres moyens.

Si le dr Simon est très réservé sur l'emploi du *vésicatoire*, le dr Eloy en est au contraire partisan. On lui a reproché, dit-il, d'être douloureux, de provoquer l'insomnie, l'agitation, des convulsions, d'ouvrir une plaie et une porte aux infections, enfin de diminuer la résistance de l'organisme.

Néanmoins, plus observateurs des faits que respectueux du dogme, les praticiens, malgré la théorie microbienne et infectieuse, n'en continuent pas moins à employer ces topiques pour diminuer, sinon étouffer le foyer inflammatoire microbien, combattre et prévenir — ambition fort louable — les lésions mécaniques secondaires, l'atélectasie, par exemple.

Les deux cliniciens sont cependant à peu près d'accord sur la manière de procéder.

Au début, on aura recours, dans les formes légères, à poussées congestives médiocres, non au vésicatoire, mais aux enveloppements du tronc avec une couche de ouate recouverte de taffetas gommé et avec le cataplasme simple en permanence, aseptique ou non.

Deux ou plusieurs fois par jour, on promènera au besoin, pendant quelques instants, un cataplasme sinapisé sur la poitrine, et, en tous cas, on entourera les membres inférieurs de ouate en guise de bottes.

Dans la forme disséminée suraiguë à rapide généralisation, on appliquera quatre, six, huit ventouses sèches, et on en multipliera le nombre, en avant, en arrière et sur les côtés du thorax, quand la congestion augmente et que l'asphyxie est imminente.

En cas d'hypérémie sans hépatisation probable, on pratiquera des badigeonnages quotidiens avec la teinture d'iode, en ayant soin d'interrompre au moindre signe d'irritation ou de vésication.

L'hépatisation existe-t-elle ou est-elle menaçante, on emploiera de petits vésicatoires aseptiques, de 4 à 5 centimètres carrés de surface, qu'on appliquera au niveau de l'hépatisation, après avoir préalablement nettoyé la peau avec un tampon d'ouate imbibé d'abord d'alcool, puis d'une solution de sublimé aux deux millièmes. Ils resteront en place pendant deux ou trois heures et, après leur enlèvement, on les remplacera par un cataplasme boriqué et finalement on pansera la plaie avec les antiseptiques.

Médication interne. Pour le d^r^ Simon, la médication interne doit consister surtout dans l'emploi du chlorhydro-sulfate de quinine à la dose de 0,20 à 0,30 centigrammes en suppositoires, jusqu'à l'âge de quatre ans, dose qui doit être répétée deux fois par jour chez des enfants plus grands. L'alcool doit être donné également sous forme d'eau-de-vie à la dose de 20 à 30 grammes, chez les enfants âgés de plus de deux ans, dose à laquelle on peut ajouter 5 à 10 grammes de sirop d'éther en cas d'agitation, ou 0,50 centigrammes d'acétate d'ammoniaque en cas de dépression.

Mais M. Simon insiste surtout sur ce fait qu'il faut proscrire trois médicaments : le bromure et l'opium qui sont trop déprimants, et surtout les vomitifs. On ne peut toujours éviter ces derniers au début, alors que la maladie n'est pas encore bien dessinée, d'autant plus que leur usage est très répandu dans les familles et qu'ils ont été souvent donnés avant l'arrivée même du médecin. Mais il arrive très souvent que l'enfant, après avoir pris l'ipéca, ne vomit pas et que cet effet manqué est remplacé par une diarrhée profuse qui épuise le malade.

Le kermès a les mêmes inconvénients que l'ipéca et son emploi doit être proscrit.

Le d^r^ Eloy a également recours à la quinine en escomptant toutefois ses propriétés antiseptiques et toniques, plutôt que sa valeur antipyrétique.

La quinine sera administrée par la bouche (sulfate) ou par la voie hypodermique (bichlorhydrate) ; les lavements et les suppositoires ont une action peu fidèle.

Le sulfate de quinine est donné en pilules de 1 centigramme (10 à 15 par jour); en poudre à la dose de 5 à 15 centigrammes, dans une infusion de café noir sucrée et légèrement alcoolisée; en solution, sous forme de potion :

Sulfate de quinine	10 à 15 centigr.
Eau de Rabel	q. s.
Glycérine	} āā 15 grammes.
Sirop tartrique	}
A prendre en une fois.	

Le bichlorhydrate de quinine, employé pour les injections hypodermiques, est dissout à chaud, à la dose de 3 grammes pour 10 à 20 grammes d'eau distillée, suivant l'âge. On injectera 10 à 15 centigr. de sel quinique. Ces injections sont d'un emploi commode et agissent rapidement, sans déranger l'estomac.

Pour le reste l'auteur se borne à combattre la toux quinteuse et fatigante, à son début, par de faibles doses de *codéine* :

J. Simon prescrit 5 grammes du sirop suivant pour un enfant de deux ans :

Acétate d'ammoniaque	15 centigr.
Alcoolature d'aconit	X à XV gouttes.
Sirop de codéine	5 à 10 grammes.
Julep gommeux	60 grammes.
Une cuillerée à café d'heure en heure.	

Le d[r] Eloy ne proscrit pas les vomitifs, lorsque l'enfant est vigoureux, exempt de diarrhée et modérément infecté, un vomitif sera administré au début; il sera répété au moment des poussées congestives, ou bien dans le but de désobstruer les bronches trop encombrées.

On s'abstiendra de donner l'émétique et, suivant le conseil de Fordyce, on prescrira l'ipéca comme suit :

Sirop d'ipéca	30 grammes.
Poudre d'ipéca	10 centigrammes.
Par cuillerées à café jusqu'à effet vomitif.	

En fait d'*expectorants*, dans les cas légers, quand on a affaire à un enfant débile, à un estomac délicat, l'oxyde blanc d'antimoine conviendra le mieux. On réservera le kermès à la dose de 5 à 15 centigr. par jour, suivant l'âge, pour les cas d'intensité moyenne, chez des enfants vigoureux, non atteints de diarrhée.

Traitement hygiénique. Il faut d'abord envisager la *position* à donner au malade. Lorsque l'enfant est tout petit, il doit être presque

constamment tenu sur les bras; s'il est plus grand, il sera presqu'assis sur son lit; on évite ainsi les phénomènes de congestion passive et ce seul fait peut amener une modification considérable dans la respiration. La chambre doit en outre être chaude, mais aérée et non encombrée.

Le *régime* doit tendre à soutenir et à augmenter les forces pendant toute la durée de la maladie, tout en ménageant l'estomac et l'intestin.

En fait d'aliments, diète lactée, lait pur ou additionné de jaune d'œufs, ou coupé d'une petite quantité d'une eau minérale alcaline; bouillon bien dégraissé, potages légers, gelées ou jus de viande, viande crue même, mais toujours le lait de préférence au bouillon.

Comme boissons, eau vineuse, vin de quinquina coupé d'eau, de préférence aux potions à l'extrait de quinquina; grogs renfermant, suivant l'âge, 20 à 40 grammes d'eau-de-vie par jour; sirop de punch additionné d'eau; vins, liqueurs, tels que Porto, Malaga, Madère, etc., mélangés à trois ou quatre fois leur poids d'eau et pris par cuillerées à café toutes les heures ou toutes les demi-heures.

Quelques broncho-pneumonies se présentent avec une *prédominance de certains symptômes* contre lesquels il est indispensable d'agir. Si l'agitation est excessive, on est forcé malgré ses inconvénients de recourir au bromure de potassium qu'on donne concurremment avec le sirop d'éther.

Si au contraire l'abattement est extrême et persistant, on peut être amené à appliquer un vésicatoire à la nuque.

Dans quelques cas, il existe des phénomènes d'apparence bulbaire et il peut y avoir avantage à régulariser la circulation avec la digitale.

Quelques enfants ont des vomissements presque constants : on les combat soit avec la potion de Rivière, soit même au moyen d'un mélange de glace râpée et de sucre, soit dans certains cas avec un vésicatoire sur le creux épigastrique. Il est aussi des enfants diarrhéiques pendant tout le temps de leur maladie : on cherche à diminuer cette tendance avec le ratanhia et le bismuth, l'eau de chaux et l'eau de riz, en évitant toujours l'emploi de l'opium.

Presque toujours d'ailleurs, les enfants ont le ventre ballonné à l'extrême. On administrera alors des lavements, des poudres absorbantes, telles que la craie et la magnésie.

Lorsqu'il y a oppression des forces, menace de collapsus, faiblesse cardiaque, le d[r] Eloy adjoint à la médication alcoolique généralement si héroïque, l'éther ou, mieux, les injections sous-cutanées de caféine:

Benzoate de soude	3 grammes.
Caféine	2 grammes.
Eau distillée	6 grammes.

2 ou 3 seringues par jour.

L'infusion de poudre de digitale (5 ou 10 centigrammes par jour, suivant l'âge) sera réservée pour les cas extrêmes.

Dans la forme adynamique, avec somnolence, prostration et menace d'asphyxie, il a recours aux *enveloppements humides*. Le malade sera roulé et maintenu pendant deux heures dans un drap plié en plusieurs doubles et étendu sur une couverture de laine, après avoir été plongé dans l'eau froide additionnée ou non de vinaigre aromatique, puis exprimé.

Chaque application, suivie de l'essuiement, sera renouvelée toutes les deux heures.

Il ne conseille les *bains froids* que dans les cas extrêmes, et fait par contre beaucoup de cas des *bains tièdes* comme sédatifs et antithermiques. L.

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Tout le monde est maintenant d'accord pour reconnaître que nous possédons dans le salicylate de soude un médicament spécifique du rhumatisme articulaire aigu, mais encore est-il qu'il faut savoir comment l'appliquer pour en tirer le meilleur parti possible.

Dans le *Bulletin génér. de thérap.*, le d^r^ Dujardin-Beaumetz indique la manière de procéder, ou plutôt celle qui est généralement adoptée, car l'accord règne entre les cliniciens non-seulement sur les doses à administrer, mais encore sur le mode d'administration.

Le remède est donné à l'état de solution, à doses fractionnées autant que possible ; les doses elles-mêmes sont proportionnées à l'intensité du rhumatisme et à sa résistance à la médication.

La dose minimum est de 4 grammes ; dans les cas très aigus, on atteint 8 grammes et même 10 grammes dans les vingt-quatre heures.

Dujardin-Beaumetz se sert de la solution suivante :

Salicylate de soude	15 grammes.
Eau	250 grammes.

et il donne de quatre à huit cuillerées à bouche de cette solution dans les vingt-quatre heures.

Chaque cuillerée est versée dans de l'eau sucrée additionnée d'une faible quantité d'eau de vie, de kirsch ou de rhum.

Le salicylate de soude a, en effet, une saveur nauséabonde assez désagréable.

Quand l'auteur ne donne que 4 grammes, c'est toutes les quatre heures qu'il donne ce mélange, et pour les doses de 8 grammes par jour, c'est toutes les deux heures.

Généralement, administré sous cette forme et à doses ainsi fractionnées, le salicylate est bien supporté, et, lorsqu'on ne dépasse pas 8 grammes, les troubles auriculaires passent inaperçus ; c'est à peine si le malade perçoit la sensation du vent soufflant à son oreille.

Pour les dyspeptiques et ceux qui ont l'estomac très délicat, on voit quelquefois le salicylate être difficilement supporté, même à l'état de solution très étendue ; il faut alors ne pas oublier que le rectum est une voie d'administration parfaite du salicylate.

L'auteur est dans tous les cas d'avis de faciliter la diurèse et, par cela même, l'élimination de l'acide salicylique, en donnant des *boissons diurétiques* aux malades soumis à cette médication.

La meilleure de ces médications est le lait, et quand on dépasse la dose de 8 grammes, le régime lacté devient absolument nécessaire. Constantin Paul et Labbé préfèrent les eaux minérales alcalines ; ils donnent avec le salicylate les eaux de Vichy, de Pougues ou de Vals.

Même lorsque le rhumatisme a disparu, l'auteur continue l'administration du médicament pendant une dizaine de jours, et quelquefois pendant trois semaines, à la dose faible de 2 à 4 grammes par jour.

Lorsqu'on cesse, en effet, trop brusquement la médication, on voit des rechutes se produire ; c'est là presque une règle constante, et ces rechutes résistent plus à la médication salicylée que la première attaque.

On s'est longtemps demandé si le salicylate de soude avait la propriété d'empêcher les complications rhumatismales ; le dr Dujardin-Beaumetz n'hésite pas à répondre affirmativement ; nous voyons aujourd'hui, dit-il, oeaucoup plus rarement qu'autrefois les manifestations cardiaques rhumatismales qui constituaient pour l'avenir des malades un pronostic des plus graves. On peut donc affirmer que dans un certain nombre d'années, vu la généralisation de l'emploi du salicylate de soude, les affections du cœur deviendront de plus en plus rares.

Il faut pour cela que la médication soit employée dès le début du rhumatisme.

A la question de savoir si le salicylate guérit tous les cas de rhumatisme articulaire aigu, l'auteur répond également par l'affirmative ; les faits où il échoue sont absolument exceptionnels.

Il passe en revue ensuite les *inconvénients* de la médication salicylée ; on s'est aperçu depuis longtemps que si des malades toléraient facilement et sans inconvénients des doses même élevées de salicylate, il en était d'autres, au contraire, chez lesquels il existait une intolérance presque complète ; il survenait rapidement chez eux soit des

troubles intestinaux, soit des troubles cérébraux allant jusqu'au délire.

Ces troubles sont aujourd'hui fort bien connus; pour les troubles gastro-intestinaux, l'auteur connaît une personne qui ne peut supporter les doses les plus minimes de salicylate de soude sans être prise d'une diarrhée extrêmement abondante.

Huchard signalait récemment des phénomènes toxiques déterminés chez une malade par un peu plus de 2 grammes de salicylate de soude; mais ce sont là des faits assez rares.

Pour les troubles cérébraux, le salicylate est un des médicaments qui agissent sur les parties supérieures de la moelle, sur le bulbe et sur le cerveau, et déterminent, comme le sulfate de quinine, des bourdonnements d'oreille et la surdité, lorsqu'on atteint les doses de 8 à 10 grammes par vingt-quatre heures.

Pour l'auteur, telle est la cause de l'intolérance : il est une grande loi de thérapeutique générale qui veut que toute substance active, pour produire ses effets médicamenteux après avoir atteint les points de l'axe cérébro-spinal où doit se produire son effet électif, soit éliminée promptement par les différents émonctoires de l'économie et en particulier par les reins. Si cette élimination n'a pas lieu ou est insuffisante, les effets thérapeutiques font place à des effets toxiques

Plus le rein est perméable, plus l'élimination est prompte. Dans l'enfance et dans l'adolescence, c'est au bout de vingt minutes qu'on retrouve l'acide salicylique dans les urines, tandis que, chez les vieillards ou les malades atteints d'affections rénales, l'élimination est beaucoup plus tardive et ne se fait que vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'administration du médicament et se prolonge pendant trois ou quatre jours. Il découle de ce fait des points très intéressants pour l'application de la médication salicylée.

Chez les enfants, elle sera admirablement supportée grâce à leur activité rénale.

Jules Simon insistait récemment sur ce point, et il veut qu'on atteigne chez l'enfant la dose de 3 grammes à 3 gr. 50 en vingt-quatre heures, en débutant par 50 centigrammes et en augmentant chaque jour de 50 centigrammes

Au contraire, à mesure qu'on a affaire à des gens plus âgés et surtout à des vieillards, il faut mettre une prudence extrême dans l'administration du salicylate de soude.

Comme les néphrites, quelle que soit leur origine, troublent profondément l'élimination rénale, avant d'administrer le médicament, il est toujours bon d'examiner l'urine de ses malades, et, si l'on trouve des signes de néphrite interstitielle ou de néphrite catarrhale, on devra repousser cette médication.

Enfin, il paraît acquis que l'acide salicylique détermine des contractions dans l'utérus gravide ; ce serait donc un médicament abortif. Les documents manquent, il faut bien le reconnaître, pour affirmer cette action abortive, et les auteurs, dans ces cas, ne paraissent pas avoir fait la part de la congestion rénale qui est, pour ainsi dire, la règle chez la femme enceinte.

Mais, qu'il s'agisse d'une action directe sur la fibre utérine ou d'effets toxiques, il n'en ressort pas moins qu'il faut se montrer très prudent dans l'administration de l'acide salicylique pendant la grossesse.

Ce sont ces inconvénients qui ont fait chercher des ***succédanés*** à la médication salicylée ; on les a tous trouvés dans le grand groupe des médicaments antithermiques-analgésiques, et à leur tête il faut signaler l'antipyrine.

L'***antipyrine*** est un excellent médicament contre le rhumatisme ; mais pour qu'il réussisse, il faut que l'intensité de la maladie soit faible, c'est-à-dire que c'est plutôt dans les cas de douleurs rhumatismales, de rhumatisme musculaire, d'affections douloureuses légères des articulations qu'elle produit de bons effets, et cela parce qu'on peut administrer de faibles doses. Mais, lorsqu'on est tenu de dépasser 4 grammes, l'antipyrine a des inconvénients sérieux ; elle amène du refroidissement, des sueurs abondantes et quelquefois même des éruptions.

L'auteur a aussi employé l'***exalgine***, mais ses inconvénients sont encore plus sérieux que ceux de l'antipyrine ; si l'exalgine est un excellent analgésique, il est toxique, même à faible dose, et on doit toujours en user avec prudence.

Il vante un corps nouveau, désigné par lui sous le nom d'***asaprol*** qui est l'éther sulfurique du naphtol β à l'état de sel de calcium ; l'asaprol est une poudre blanche, légèrement rosée, sans odeur, présentant le goût douceâtre et amer des salicylates, et qui est extrêmement soluble dans l'eau et l'alcool, puisque 100 parties d'eau dissolvent 160 parties d'asaprol.

Chez l'homme, l'asaprol est très bien toléré, et à la dose thérapeutique de 3 à 10 grammes, il ne détermine pas de troubles dyspeptiques ni de phénomènes nerveux ; il abaisse la température et le pouls. Jamais d'éruption ni de bourdonnements d'oreille après son administration.

L'asaprol se donne à la dose moyenne de 4 à 5 grammes par jour, à peu près aux mêmes quantités que le salicylate ; on le donne aussi à doses fractionnées sous la même forme.

On peut employer, soit des cachets médicamenteux de 50 centigrammes à 1 gramme, soit la solution suivante :

Asaprol 15 grammes.
Eau 250 grammes.

On fait prendre de trois à six cuillerées de cette solution dans les vingt-quatre heures, dans de l'eau sucrée additionnée d'anisette ou de curaçao.

Dans la pratique de l'auteur, l'asaprol s'est montré égal, sinon supérieur, au salicylate par la rapidité avec laquelle il procure l'amélioration, puis la guérison des rhumatisants; il ajoute qu'il n'a déterminé aucun accident, même chez les malades atteints d'albuminurie; que jamais il n'a provoqué chez eux de bourdonnements d'oreille, ni de phénomènes d'intolérance. L.

TRAITEMENT DE L'ANASARQUE PAR LE TROCART.

Nous avons fait ressortir, il y a quelque temps, dans la *Revue*, les inconvénients du procédé habituellement employé pour évacuer le liquide de l'œdème du tissu eellulaire sous-cutané, à savoir les simples mouchetures, et nous avons dit qu'on pouvait les remplacer avantageusement, soit par des incisions plus ou moins longues, soit par le drainage.

Le dr Michaël trouve que les incisions cutanées anciennement usitées et employées à nouveau par Gerhardt, ont l'inconvénient de placer le malade dans un bain local très gênant; sous l'influence de cette humidité, il se fait des érosions des téguments qui peuvent être le point de départ d'infections, et d'ailleurs ces incisions ne tardent pas à se fermer. Le drainage capillaire, avec le trocart explorateur ou les tubes de Southey, est moins désagréable pour le malade, mais ces tubes ne restent pas longtemps perméables; cette oblitération se fait encore plus vite pour les tubes qui ont des orifices latéraux, parce que des bourgeons charnus pénètrent dans ces orifices.

Le dr Michaël se déclare partisan du trocart assez gros dont la canule est munie d'un drain en caoutchouc, afin de conduire le liquide dans un récipient sans souiller la peau ou le lit du malade; on a même prétendu que le facteur principal de ce procédé était l'effet de siphon produit par le tube de caoutchouc.

Il cite le cas d'un malade qui, quatorze jours après le début du traitement, avait diminué de soixante-dix livres; il pouvait reprendre ses occupations habituelles, et son état est resté jusqu'ici satisfaisant.

Un autre malade âgé de soixante-sept ans et atteint d'une maladie de cœur, fut ponctionné de même avec un trocart volumineux, ce qui en un jour lui fit évacuer 5 kilogs de sérosité. Il en fut grandement soulagé.

Les avantages des ponctions évacuatrices de l'œdème avec un trocart de gros calibre sont d'évacuer le plus possible de liquide dans le moins de temps possible et avec le moins d'ouvertures possible, pour diminuer d'autant les chances d'infection. M. Michaël a fait construire un trocart spécial à la gaine duquel se fixe un tuyau d'écoulement facile à adapter. Le tube qui doit pénétrer dans le tissu cellulaire est doré pour éviter toute oxydation; un fil métallique permet de dégager son intérieur des caillots qui pourraient s'y former; enfin, un anneau latéral permet de le fixer solidement à l'aide d'un fil.

L.

—

ÉTIOLOGIE DES ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES DU COU.

Il y a longtemps que les rapports entre la tuberculose ganglionnaire du cou et la tuberculose pulmonaire ont été saisis; on croyait généralement que la tuberculose ganglionnaire était la lésion primitive et la tuberculose pulmonaire, la lésion consécutive.

La pathogénie des adénites tuberculeuses du cou n'en restait pas moins fort obscure, et, à défaut de lésions des muqueuses ayant servi de porte d'entrée aux microbes, le dr Cornet avait montré que les bacilles tuberculeux pouvaient traverser les muqueuses sans laisser des traces de leur passage.

La *Gazette hebdomadaire* analyse un travail du dr Schlenker qui tend à apporter des idées nouvelles sur l'origine et sur la signification de cette affection dont la fréquence excessive est bien connue de tous les praticiens : il s'agit d'un travail d'anatomie pathologique pure, mais il possède en même temps une importance clinique capitale.

Le travail de Schlenker est fondé sur l'examen anatomique de 25 cadavres, pour la plupart tuberculeux pulmonaires, présentant extérieurement les signes d'une tuberculose ganglionnaire. Chez presque tous ces phthisiques, Schlenker trouva une tuberculose des amygdales avec adénopathie tuberculeuse cervicale à type descendant; dans les cas où les poumons renfermaient des foyers tuberculeux récents et non ulcérés, minimes et cicatricés, l'adénopathie cervicale faisait défaut de même que celle des amygdales, ou bien elle était nettement ascendante et les amygdales tuberculeuses ou intactes.

Présentés même en gros, comme nous venons de le faire, ces résultats font déjà pressentir un certain rapport entre la tuberculose des amygdales et des ganglions cervicaux d'un côté, et la tuberculose pulmonaire de l'autre.

Et, quand on suit l'auteur dans l'étude détaillée de chaque groupe de cas, on constate que ce rapport est réellement constant et que les exceptions apparentes ne font que confirmer la règle.

Comment se produit l'infection des amygdales? Le d[r] Schlenker fait observer que c'est surtout chez les phthisiques avancés que se trouve la tuberculose de l'une ou des deux amygdales, tandis que celle-ci fait généralement défaut chez les tuberculeux pulmonaires à lésions récentes, ou peu étendues, ou non ulcéreuses, et il interprète ainsi la différence des résultats :

Les malades du premier groupe expectorent beaucoup et infectent continuellement leurs amygdales, tandis que ceux du second, à lésions pour ainsi dire sèches, ne crachent presque pas et ne mettent pas leurs amygdales en contact avec des crachats bacillifères. Autrement dit, pour Schlenker, chez les phthisiques, la tuberculose des amygdales relève d'une infection qui se fait à leur surface par les crachats tuberculeux.

Ce fait, qui pour Schlenker est la règle, peut encore être confirmé par l'étude critique des cas anormaux ou contradictoires.

En résumé, toutes les démonstrations de l'auteur tendent à mettre en lumière un fait fort important, à savoir que *toute adénopathie cervicale descendante relève d'un foyer tuberculeux pulmonaire dont l'action sur les ganglions cervicaux se manifeste par l'intermédiaire des amygdales*. Ce fait, que Schlenker tient pour définitivement démontré, serait pour lui vrai non seulement pour l'adénopathie cervicale des phthisiques notoires, mais encore pour celle des individus en apparence bien portants.

L'auteur fait encore observer qu'à la table d'autopsie, on trouve un rapport inverse entre l'étendue de la lésion pulmonaire et les dimensions de la tumeur cervicale. Plus la lésion pulmonaire est insignifiante, plus l'adénopathie cervicale est considérable, et par contre, chez les phthisiques à lésions énormes ayant rapidement évolué, on trouve un chapelet ganglionnaire à petits grains. N'est-il pas évident que, dans le premier cas, la lésion pulmonaire n'étant pas mortelle à bref délai, le foyer tuberculeux du poumon constitue une source d'infections journalières des amygdales et des vaisseaux lymphatiques du cou et que la tuberculose ganglionnaire a le temps de se développer tout à son aise? Au contraire chez les tuberculeux pulmonaires à marche rapide, la mort surprend la tuberculose cervicale au début de son infection et de son développement.

D'où il suit que si *les adénopathies cervicales dites chirurgicales présentent toujours un volume considérable, c'est qu'elles relèvent d'un foyer pulmonaire, petit, caché, cliniquement inappréciable, mais agissant en tant que source d'infection continue et chronique.*

L'adénopathie cervicale, dite chirurgicale, étant presque toujours, pour ne pas dire toujours, descendante, c'est encore par l'existence

d'un foyer pulmonaire caché qu'on peut expliquer la récidive si fréquente après la guérison.

L'infection et la réinfection des ganglions cervicaux auraient leur origine dans la tuberculose des amygdales, lesquelles sont sans cesse en contact avec les crachats infectés.

On ne peut sans doute admettre pour tous les cas le rôle que l'auteur fait jouer aux foyers pulmonaires dans la production des adénopathies cervicales, mais les faits qu'il a observés méritent incontestablement d'attirer l'attention des praticiens, et il y aura lieu de soumettre tous les sujets porteurs d'adénites tuberculeuses du cou à une exploration attentive de l'appareil pulmonaire. L.

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES ARTICULAIRES PAR LES INJECTIONS DE CHLORURE DE ZINC.

Ce fut en juillet 1891 que le prof. Lannelongue communiqua ses premières recherches concernant l'action du chlorure de zinc sur les produits tuberculeux; plus de deux années se sont écoulées depuis lors et il semble qu'on devrait pouvoir juger définitivement la valeur de la méthode; il n'en est pas ainsi cependant, car les appréciations des expérimentateurs sont loin d'être concordantes.

Quant à nous, nous n'avons pas été satisfaits des injections au chlorure de zinc et nous sommes restés fidèles aux injections iodoformées.

Il n'est pas moins intéressant d'enregistrer les résultats que, dans l'entourage de l'inventeur de la méthode, on prétend obtenir par les injections de chlorure de zinc; nous choisissons quelques statistiques publiées par le d^r Coudray dans le *Bulletin médical :*

Ostéo-arthrites du coude, 10.

Cas non suppurés, 4 : 2 guérisons avec retour *ad integrum* de l'articulation; 2 malades non suivis; cas suppurés, 6 : 2 non suivis; 2 guérisons après grattage; 2 guérisons sans intervention (1 résorption d'abcès; 1 cicatrisation de fistule).

Poignet, 8 cas.

Cas non suppurés, 3 : 2 guérisons après grattage; 1 guérison sans intervention.

Cas suppurés, 5 : 1 mort (tuberculose avancée); 4 guérisons (1 sans intervention chez une femme de 68 ans); 3 après grattage. Dans deux cas l'amputation avait été proposée.

Genou, 51 cas.

Non suppurés, 32.

A. Guérison 25 (dont 7 adultes); sans intervention, 21; après très minime intervention, 3; évidemment intra-articulaire, 1.

B. Insuccès 7; 3 dus à une marche trop précoce; 3 cas non suivis; 1 résection.

Suppurés 19. Un bon nombre de cas très graves; morts, 5; tuberculose généralisée, cachexie, etc., la plupart ayant d'ailleurs été améliorés localement; amputation, 1; améliorations 6 — malades non suivis — guérisons 7; 1 ouverture simple; 1 huile iodoformée; 5 grattages.

Cou-de-pied, 27.

Cas non suppurés, 8 : Guérisons, 8; sans intervention, 6; après grattage, 2.

Cas suppurés, 19 : Améliorations, 3; guérison 16; rapides, minime intervention, 7; évidement astragale, 3; évidements et grattages complexes, 6.

Ostéo-arthrites du tarse, 10 cas : Tarse postérieur, 1; guérison après 2 grattages; tarse antérieur, 9.

Cas non suppurés, 2; 1 guérison sans intervention; 1 amélioration, non suivi.

Cas suppurés, 7; 3 améliorations; 1 guérison sans intervention; 3 guérisons après grattage.

On voit par ces statistiques que nous avons choisies cependant parmi les plus avantageuses à la méthode, que les injections de chlorure de zinc sont loin de guérir tous les cas de tuberculose osseuse, comme on l'avait avancé tout d'abord; le dr Coudray a beau prétendre qu'un certain nombre d'insuccès tiennent en grande partie à ce que la méthode a été employée trop tard ou que les soins consécutifs ont été parfois insuffisants.

Il faut observer aussi que certaines articulations se prêtent mieux que d'autres à l'heureuse application de la méthode sclérogène. En première ligne, vient le genou, puis le cou-de-pied et le coude, ensuite le poignet. La hanche est moins favorable, ainsi que la colonne vertébrale. Aux phalanges, on a assez facilement des eschares à la suite de l'application du chlorure de zinc.

Prenant les résultats fournis seulement dans les grandes articulations (coude, poignet, genou, cou-de-pied et hanche même) il prétend que la méthode appliquée à 52 *ostéo-arthrites non suppurées* a fourni 32 guérisons (peut-être même 36), sans intervention autre que l'application des injections, soit une proportion de 61 à 69 pour 100; si pareils résultats peuvent s'obtenir et surtout se maintenir, certes la méthode est excellente.

Quant aux sujets traités qui ont subi des opérations chirurgicales diverses on n'a pas le droit de les porter à l'actif de la méthode, et, pour les autres, il ne faut pas oublier que les tuberculoses arti-

culaires, même abandonnées à elles-mêmes, guérissent dans une certaine proportion ; les guérisons sont-elles plus nombreuses, ou les résultats meilleurs grâce aux injections de chlorure de zinc? Les statistiques de l'auteur semblent le prouver, mais les guérisons sans ankylose et avec *restitutio ad integrum* sur lesquelles on avait compté, ne sont pas bien nombreuses ; nous admettrons avec l'auteur que l'enquête doit se poursuivre. L.

—

DU MÉCANISME DE L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE.

Le dr Frœlich expose dans la *Gazette hebdomadaire* une théorie nouvelle, très séduisante, du mécanisme de l'étranglement herniaire. Cette théorie s'applique exclusivement aux cas, qui sont d'ailleurs les plus communs, des étranglements survenant brusquement.

Si les phénomènes anatomiques et physiologiques consécutifs à l'étranglement sont fort faciles à interpréter, il n'en est pas de même des phénomènes mécaniques primitifs qui constituent l'étranglement. Si l'on parcourt les auteurs, on les voit relater une série d'expériences, de faits, d'hypothèses, et sans se rallier à aucune d'elles, conclure qu'une partie de la vérité doit se trouver dans chacune de ces théories, et que chacune peut répondre à un certain nombre de cas. L'esprit est loin d'être satisfait d'une pareille conclusion. L'étranglement herniaire est constant dans sa manifestation clinique et anatomique, son mécanisme doit être unique et simple, pense M. Frœlich.

L'explication qu'il propose a pour point de départ des faits matériels qu'il est possible, sinon facile, de vérifier chaque fois que l'on aura l'occasion d'opérer un cas de hernie étranglée; il relate diverses opérations de ce genre pratiquées par lui qui viennent à l'appui de son opinion; il a en outre fait avec soin l'autopsie de plusieurs sujets porteurs de hernies, et il est ainsi parvenu à établir que le trajet herniaire est un véritable canal constitué non pas par une paroi lisse, mais par une paroi présentant de nombreuses saillies semi-lunaires et hélicoïdales, si bien que *dans son ensemble le canal herniaire forme une figure qui peut être comparée à une hélice plus ou moins parfaite*; il s'agit, en un mot, d'un canal rayé.

Cela admis, il est en possession des éléments nécessaires pour donner du mécanisme de l'étranglement herniaire l'explication rationnelle suivante :

Les deux faits matériels sur lesquels il se base sont :

1° *La constance du croisement des pédicules de l'anse herniée.* Il est nécessaire quelquefois, pour trouver cet entre-croisement, de le rechercher avec soin. Il ne saute pas aux yeux, il faut suivre jusqu'à

l'orifice herniaire les deux bouts de l'intestin, et encore alors l'entre-croisement peut paraître ne pas exister, comme dans un des cas que l'auteur a rapportés et ce n'est qu'après le débridement, lorsque l'on a attiré le pédicule pour inspecter le sillon que l'entre-croisement apparaît.

2° *L'existence d'un trajet herniaire à parois rayées de saillies hélicoïdales plus ou moins régulières.*

Ces deux points étant prouvés, comment l'étranglement se produit-il?

A la suite d'un effort, l'intestin est soumis à une pression considérable; la force qui agit sur lui a pour effet de le chasser hors de la cavité péritonéale; l'anse la plus rapprochée de l'orifice herniaire s'y précipite avec violence en distendant légèrement l'anneau, mais, rencontrant un canal, un tube, si l'on préfère, qui présente des saillies hélicoïdales, elle obéit à la loi mécanique qui veut que tout corps animé d'une certaine vitesse, et traversant un tube dont les parois sont rayées même irrégulièrement, prenne un mouvement de rotation autour de son axe. L'anse intestinale tournant autour de son axe, aura nécessairement, après avoir traversé le trajet herniaire, ses deux bouts croisés. Ainsi se trouve démontrée la raison pour laquelle le croisement existe.

Cette explication, qui nous semble assez vraisemblable, n'a pas encore, croyons-nous, été donnée; le croisement des bouts de l'anse avait été constaté, mais sa raison d'être n'avait pas encore été établie.

Le croisement des extrémités de l'anse fait comprendre comment le contenu de l'anse herniée est séparé immédiatement du contenu du reste de l'intestin. L.

TRAITEMENT DES HERNIES CHEZ L'ENFANT.

Le dr Broca, dans le *Bulletin médical*, étudie le traitement des hernies chez l'enfant, notamment des hernies les plus fréquentes qui sont ombilicales ou inguinales.

La *hernie ombilicale* de l'enfance est celle qui se constitue par distension de la cicatrice abdominale une fois formée. Elle est d'une fréquence extrême chez les enfants au-dessous d'un an, après quoi elle devient rare et il est exceptionnel qu'on soit consulté, passé six ou huit ans. Ce fait tend déjà à prouver que cette hernie abandonnée à elle-même guérit presque toujours. Mieux vaut, toutefois, favoriser par le port d'un bandage cette évolution naturelle. Ce bandage, il est vrai, est d'une application très difficile, la pelote se déplaçant sans cesse. Le meilleur consiste encore à mettre sur l'anneau, après réduction une boule d'ouate ou de diachylon maintenue par un bandage

de corps en toile, en caoutchouc ou en diachylon. Le diachylon a l'inconvénient d'irriter souvent la peau.

Si la hernie persiste à l'âge de six à huit ans, et *a fortiori* si elle est devenue irréductible par adhérences, on n'hésitera pas à pratiquer la cure radicale, ici très facile : il suffit d'exciser circulairement la cicatrice ombilicale et la séreuse sous-jacente et de suturer la paroi en étages après avoir ouvert la gaîne des muscles droits.

Quant à la *hernie inguinale*, il est incontestable que, par le port d'un bandage bien fait, gardé nuit et jour, on obtient assez souvent la guérison de la hernie inguinale chez l'enfant au-dessous de quinze ans. Mais pour réussir, ce traitement exige souvent de longues années pendant lesquelles les soins, la patience doivent être extrêmes de la part du malade et de son entourage. D'autre part, les succès apparents ne sont pas toujours réels, et il n'est pas rare de voir reparaître, à un âge quelconque, une hernie qu'on avait crue guérie par le bandage. Enfin, à l'époque où l'on n'osait pas encore entreprendre la cure radicale, on a notablement exagéré même ces états permanents, et il est certain que bon nombre d'enfants portent bandage pendant des années sans résultat, même le bandage étant appliqué avec tout le soin désirable, Par contre, il est non moins certain que la cure radicale chez l'enfant est d'une bénignité absolue, si elle est faite antiseptiquement; et les résultats suivis à longue échéance prouvent que, sans port d'un bandage de précaution, la récidive est exceptionnelle. Dans ces conditions, on doit mettre hardiment la cure radicale en parallèle avec le bandage.

Pendant le cours de la première enfance, jusqu'à dix-huit mois ou deux ans, on prescrira le port d'un bandage. Pour le nouveau-né, le petit bandage en caoutchouc en fer à cheval est seul bien supporté; son efficacité, il est vrai, est médiocre. Vers l'âge d'un an, on peut appliquer un bandage à pelote, anglais ou français, de préférence bilatéral, car il tient mieux, et d'autre part la bilatérité de la hernie est fréquente, même quand au premier abord elle n'est pas évidente. La cure radicale ne sera entreprise qu'en cas d'étranglement, ou lorsque, malgré le bandage, la hernie aura tendance à grossir constamment, devenant ainsi une cause de dépérissement pour l'enfant.

Passé la première enfance, lorsque l'enfant sera devenu propre au lit, on deviendra moins réservé. On essaiera pendant quelques mois la cure par le bandage, mais pour peu qu'elle semble défectueuse, on proposera la cure radicale; et jamais on ne la refusera, si l'enfant est en bon état, à des parents qui d'emblée la préféreront au supplice du bandage.

La *hernie inguinale avec ectopie testiculaire* est chez le nouveau-

né une contre-indication au bandage, qui empêche le testicule d'achever sa migration, sans cela assez fréquente. On laissera donc les choses en état, quitte à opérer si la hernie s'étrangle ou si l'enfant dépérit.

Chez l'enfant plus âgé, il faut examiner si l'on peut isoler de la tumeur le testicule que l'on maintiendra dès lors, si l'on veut, audessous de la pelote en fourche d'un bandage spécial. Si le testicule n'est pas isolable, le port d'un bandage est proscrit pour le même motif que chez le nouveau-né. Ces distinctions, il est vrai, n'ont plus grande importance à nos yeux, car, grâce à l'antisepsie, nous considérons que passé dix-huit mois à deux ans toute hernie avec ectopie doit être traitée par la cure radicale suivie d'orchidopexie.

L'auteur s'occupe aussi de la *hernie étranglée* chez l'enfant ; la hernie ombilicale étranglée est tout à fait exceptionnelle ; elle sera traitée par la kélotomie suivie de cure radicale ; la plupart des hernies inguinales étranglées chez l'enfant peuvent être réduites par le taxis, et leur étranglement, en outre, est en général, peu serré. Il n'y a pas longtemps encore, on tendait même à considérer cette règle comme absolue. En réalité, il y a des hernies inguinales étranglées qui résistent au taxis, même sous le chloroforme. Il va sans dire que celles-là doivent être opérées par la kélotomie suivie de cure radicale, et il est incontestable que l'on obtient, même chez l'enfant âgé seulement de quelques jours, des succès remarquables. Toutefois, comme chez l'enfant en bas âge, en raison du contact avec les évacuations alvines, on ne peut pas être assuré de la réunion immédiate, il serait excessif de poser en règle chez l'enfant, comme on le fait de plus en plus chez l'adulte, que l'on ne doit en principe jamais tenter le taxis.

La *hernie crurale* est rare chez l'enfant ; vu la difficulté d'application du bandage, le mieux est de recourir de parti pris à la cure radicale. L.

APPAREIL ASPIRATEUR IMPROVISÉ.

Les ingénieux appareils aspirateurs de Dieulafoy et de Potain, destinés spécialement à la thoracentèse, ne sont pas entre les mains de tous les praticiens, et ils ont le défaut de ne pas toujours fonctionner régulièrement, lorsqu'on ne les emploie pas fréquemment.

Le dr Smith a indiqué le moyen suivant dont il fait usage avec le plus grand succès et qui permet d'improviser un appareil aspirateur à peu de frais.

Prendre un flacon d'une contenance d'environ un litre hermétiquement clos au moyen d'un bouchon traversé par un tube en verre, et adapter à ce dernier un tube en caoutchouc dont l'extrémité libre est

garnie d'une aiguille exploratrice. Il suffit alors de verser dans la bouteille 4 grammes d'éther et de placer l'appareil soigneusement bouché dans de l'eau chaude.

Dès que l'éther est réduit à l'état de vapeur, on retire l'appareil du bain et on fait la ponction de la plèvre.

Le refroidissement amène la condensation de l'éther, produit dans le flacon un vide presque absolu et permet d'aspirer environ un litre de liquide. L.

—

FEMMES ACCOUCHANT A LEUR INSU.

En raison de l'importance qn'elle peut avoir en médecine légale, nous avons, déjà plusieurs fois, attiré l'attention de nos lecteurs sur la question de savoir si une femme peut s'accoucher sans s'en douter — et nous avons rapporté quelques faits démontrant que périodes de de préparation et d'expulsion peuvent se passer à l'insu de la principale intéressée (voir *Revue médicale* 1891, p. 326 — 1893, p. 331). Voici quelques nouveaux exemples destinés à grossir la collection.

M. le dr Desmons, qui a rempli quelque temps les fonctions d'interne à la maternité, nous écrit de Morialmé :

L'épouse V... me fait appeler parce qu'elle croit son accouchement tout proche. Au moment où j'arrive, le mari me retient dans le vestibule et, avec force circonlocutions, me donne à entendre en somme... que Madame est sur la chaise percée.

Au bout de quelques instants on nous appelle en hâte. Voici ce qui s'était passé. Son besoin satisfait, Madame a voulu se lever ; à son grand étonnement elle n'a pas pu : un cordon la retenait fixée sur la lunette !

Le meuble avait sous le dossier une petite porte, servant à introduire ou retirer le vase, et c'est par cette petite porte que je dus lier et sectionner le cordon ombilical qui était très court. La mère, accouchée absolument à son insu, put alors être transportée dans son lit et l'enfant dans son berceau.

M. le dr Hyernaux, de Bruxelles, a puisé dans les souvenirs de sa longue pratique et publié *(Journal d'accouchements*, no 3, 1894*)* quelques observations que nous reproduisons textuellement.

I. Un financier de la ville donnait un dîner de grande cérémonie; déjà l'heure du cliquetis des fourchettes et du caquetage habituel des agapes mondaines était proche et Madame, en toilette de circonstance, pontifiait au salon au milieu de ses invités avec toute la grâce et l'amabilité qu'on lui connaît. Tout à coup, sans avertissement aucun, elle éprouve un certain malaise naturel et impérieux; elle se dérobe,

monte prestement dix marches et arrive au premier palier où elle met au jour un gros bébé qui annonce son intempestive arrivée par des cris vigoureux. Comme cet hôte, jusque là étranger et inconnu n'avait pas reçu d'invitation à la fête du jour, il n'avait pas trouvé non plus de couvert à la table du festin.

II. Il était 6 heures de relevée lorsqu'une dame descendant de voiture, est introduite dans mon bureau; son mari l'accompagne; tous deux sont en toilette de cérémomie d'une correction et d'une élégance irréprochables. Docteur, me dit-elle, nous allons dîner ci-près; je m'arrête en passant vous prier de me donner un cordial, parce que je viens d'être prise d'une sorte de défaillance avec légère colique qu'il me serait souverainement désagréable de voir se renouveler en pleine et joyeuse société. Voyez, je suis encore à l'instant sous cette même impression. La sachant bien près du terme de sa portée, je demande à l'examiner : Au plus vite, Madame, retournez en voiture et j'y monte avec vous. — En arrivant à son domicile, éloigné de 300 mètres environ du mien, ma cliente accouche dans le vestibule d'une grosse fille qui se trémousse dans un flot de rubans et de dentelles dont la mère n'avait pas eu le temps de se débarrasser.

III. Une dame de la ville retournait en voiture à sa campagne; arrivée au milieu de l'Avenue Louise, elle se sent mal et dit à son cocher de faire demi tour et de l'amener chez moi. Sans autre explication elle me prie de prendre place à côté d'elle dans sa voiture parce que, sans avoir des douleurs, elle a la présomption qu'elle va accoucher; le malaise indéfinissable qu'elle éprouve le lui fait augurer. Cinq minutes après nous étions à sa maison de ville et elle mettait au monde, à terme, son troisième rejeton.

IV. Une primipare est à la fin de sa grossesse; un soir elle accompagne son mari au concert du Waux-Hall, au Parc, où ils prennent une simple limonade rafraîchissante. A peine rentrés chez eux et au lit de quelques minutes, Madame est prise d'une formidable indigestion et avant que le mari affolé ait eu le temps de s'habiller pour venir me prendre, les cris de son premier-né se mêlent cacophoniquement aux bruits divers des coliques, des vomissements et de la diarrhée de la jeune dame.

Cette personne a eu, dans la suite, cinq autres enfants qui, tous, ont mis la même précipitation à venir au monde.

V. La femme primipare d'un de nos diplomates me fait appeler parce que, étant au terme de sa grossesse, et éprouvant *une certaine inquiétude* dans toute sa personne, il lui semble que sa délivrance est proche. C'est en ces termes qu'elle s'exprime à mon arrivée. Cependant, ajoute-t-elle, vous avez eu tort de tant vous presser, car vous le voyez,

mon bon docteur, je ne souffre pas du tout et on a très mal, n'est-ce pas, quand on accouche? — Ainsi nous causions, debout en face l'un de l'autre, quand, s'arrêtant brusquement et d'un air inquiet : Mais j'ai quelque chose de gros et de chaud qui me passe entre les jambes, qu'est-ce donc ça, docteur? — A notre double et stupéfiante surprise, c'était l'enfant qui fuyait traitreusement sa retraite ténébreuse et qui paraissait au grand jour, revendiquant par ses cris une place sur la scène sociale.

La mère m'a affirmé alors, et confirmé plusieurs fois depuis, qu'elle n'avait éprouvé la moindre douleur, pas même un sentiment de tension des parties sexuelles.

Le fait du dr Desmons et les faits IV et V du dr Hyernaux sont particulièrement instructifs. Ces femmes auraient pu avoir un double malheur : celui de laisser tomber leur enfant dans une latrine et celui d'être accusées de l'y avoir jeté. E. H.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 30 *décembre* 1893.

Rapport de la Commission à laquelle a été renvoyé l'examen du travail de MM. les Drs Gabriel Corin et Georges Ansiaux, à Liége, portant pour titre : *Recherches sur la pathogénie des accidents de l'intoxication cyanhydrique.* — M. Masius, Rapporteur.

L'empoisonnement par l'acide cyanhydrique a fait l'objet de nombreux travaux. Si l'on est généralement d'accord sur les manifestations de cette intoxication, il n'en est plus ainsi quand il faut interpréter sa pathogénie, c'est-à-dire la façon dont agit l'acide cyanhydrique.

On ne peut pas contester la part active que prend à cet empoisonnement la moelle allongée : on sait qu'elle est d'abord excitée, puis paralysée. Mais comment se produit cette action sur le système nerveux central bulbaire? Celui-ci est-il influencé directement et seul, et tous les phénomènes peuvent-ils être expliqués par l'excitation et la paralysie du bulbe, ou bien est-il nécessaire d'admettre une action particulière et indépendante des centres nerveux, action qui s'exercerait sur les tissus périphériques?

Telle est la question traitée par MM. les drs G. Corin et G. Ansiaux.

Geppert, qui est l'auteur d'un travail très important sur l'intoxication cyanhydrique, admet que l'acide cyanhydrique atteint directement les tissus périphériques pour les rendre inaptes à réduire l'oxyhémoglobine ; la consommation d'oxygène et la production d'acide carbonique du sang veineux ne diffère presque pas de celle du sang artériel; aussi le sang veineux devient-il rutilant.

MM. Corin et Ansiaux ne partagent pas la manière de voir de Geppert sur la pathogénie de l'intoxication cyanhydrique. Après avoir établi que le complexus symptomatique de cet empoisonnement ne diffère pas essentiellement de l'asphyxie vulgaire par privation d'oxygène, ils signalent tout particulièrement l'identité des phénomènes constatés par eux dans l'intoxication cyanhydrique et dans l'anémie aiguë expérimentale du bulbe, qu'ils ont pratiquée à l'exemple de Kussmaul et de Tenner; dans l'un et l'autre cas se produisent de la dyspnée, des convulsions, de la paralysie, une hausse, puis une baisse de la pression sanguine, le ralentissement, puis l'accélération des pulsations, une diminution considérable de la consommation d'oxygène. Il est cependant impossible de faire intervenir dans l'anémie aiguë du bulbe réalisée expérimentalement l'action d'un poison sur les tissus périphériques; tout indique, au contraire, qu'il s'agit d'une action directe des centres bulbaires sur la périphérie.

Le travail de MM. Gabriel Corin et Georges Ansiaux établit des faits nouveaux, les expériences sont bien conçues et habilement exécutées, elles paraissent démontrer que l'acide cyanhydrique est un véritable poison bulbaire, c'est-à-dire que l'essence même de l'intoxication cyanhydrique consiste dans une modification directe du système nerveux central.

La commission propose : 1° D'adresser des remerciements aux auteurs;

2° De publier leur travail dans le *Bulletin;*

3° De recommander leurs noms à l'attention de l'Académie en vue de places de Correspondants.

— Ces conclusions sont adoptées.

Discussion des rapports de M. Masoin sur l'hospitalisation des épileptiques.

M. Semal refait en quelques mots l'historique de la question et insiste sur la véritable portée de la proposition du regretté M. Hambursin, qui consistait à solliciter l'érection par l'Etat d'un institut spécial où les épileptiques trouveraient « un traitement convenable dans la période de l'affection où celle-ci est encore curable. » L'honorable M. Hambursin précisait sa pensée en disant que ce traitement « exige, d'une part, des conditions hygiéniques parfaites consistant dans un régime analeptique, la vie au grand air, des exercices réguliers, le travail intellectuel modéré, etc. » et nécessite, d'autre part, l'emploi de « préparations pharmaceutiques dont le prix est inabordable pour la plupart des épileptiques. »

M. Semal trouve qu'ainsi formulée et précisée, la pensée de l'honorable M. Hambursin comprend deux affirmations difficiles à justifier : l'une relative à la possibilité de distinguer un épileptique curable d'un épileptique incurable, et la seconde qu'il semble exister un traitement efficace et reconnu de l'épilepsie. Il doute que l'Académie puisse s'associer à semblables affirmations, et cependant, si le Gouvernement se décidait à accéder au désir de l'Academie, il est présumable que les pourparlers débuteraient par chercher à s'entendre sur ces points.

Mais il ne peut être question de faire sortir l'Etat des limites où il s'est contenu jusqu'ici en matière de bienfaisance, et si l'exception relative aux aliénés s'explique par le souci de la sécurité publique, on concevrait difficilement pourquoi les épileptiques seraient l'objet d'une faveur spéciale, car ce serait un précédent logiquement invocable pour les tuberculeux, les rachitiques et le grand nombre de malades ou de convalescents qui se trouveraient bien du régime préconisé pour les épileptiques.

Mais si l'érection d'un institut spécial ne semble pas possible, cela ne veut pas dire qu'il n'y ait rien à faire pour les épileptiques, surtout depuis la promulgation de la loi sur l'assistance publique qui oblige les communes à avoir un hôpital pour leurs malades et un hospice pour leurs infirmes, ou tout au moins de s'assurer des places dans les localités où ces institutions existent. Il ne sera donc plus permis à une administration d'hospice de refuser l'entrée de ses établissements à un épileptique, et ainsi tomberont les principaux arguments en faveur d'une mesure spéciale.

D'autre part, on sera heureux d'apprendre que l'honorable Ministre de la Justice organise en ce moment aux colonies de bienfaisance un service particulier pour les épileptiques *valides* et *inoffensifs*, ce qui permettra d'y abriter un grand nombre de ces malheureux qui auparavant subissaient le sort des vagabonds.

La loi sur l'assistance publique donne enfin la faculté au Gouvernement de suppléer à l'initiative ou à la mauvaise volonté des communes trop parcimonieuses, et les Comités de patronage pourraient être les auxiliaires utiles du pouvoir central.

M. Semal dépose les conclusions suivantes, reprises par l'honorable M. Masoin pour faire partie de la discussion :

1° Inviter le Gouvernement à faire connaître aux administrations communales que les épileptiques ont droit à l'accès dans les hôpitaux ordinaires pour y recevoir les premiers soins que nécessite leur état et fixer le mode de traitement, de régime ou d'hospitalisation qui leur conviendrait.

2° Leur prescrire le placement dans les hospices qu'ils doivent ériger, aux termes de la loi, ou dont ils se sont assuré l'accès, des épileptiques invalides, incurables et inoffensifs.

3° Leur faire connaître qu'il existe à Hoogstraeten une annexe destinée à recueillir les épileptiques valides en état d'exercer un métier ou tout au moins de participer à un travail plus ou moins lucratif.

4° Enfin inviter la Fédération des Comités de patronage à confier à ses membres la tutelle bienveillante des épileptiques, aider à leur faire octroyer un traitement convenable et au besoin le placement dans l'une ou l'autre des institutions appelées à les secourir.

M. Peeters a demandé la parole pour appuyer les conclusions présentées à l'Académie par la Commission chargée d'examiner la question de l'assistance des épileptiques; il pense que la colonisation de ces malheureux s'impose.

Elle s'impose dans l'intérêt des asiles d'aliénés encombrés et des aliénés eux-mêmes qui ne peuvent y recevoir les soins que leur état réclame. Trop souvent aussi les aliénés, faute de place, n'y sont pas admis au moment opportun.

Pour remédier au mal, il faut renvoyer des asiles certaines catégories d'aliénés, les épileptiques entre autres, qu'on pourrait placer dans une colonie ouverte. D'après le premier rapport de M. Masoin, les asiles fermés de Belgique renfermaient, au 31 mars 1886, sept cent douze épileptiques dont un grand nombre auraient pu être placés dans une colonie.

La colonisation s'impose aussi dans l'intérêt des épileptiques, pour lesquels la colonie serait, d'après les circonstances, ou un hôpital ou un atelier d'apprentissage, ou un refuge.

Les épileptiques non aliénés devraient être placés dans une institution spéciale.

La colonisation des épileptiques est possible. L'exemple de Bielefeld est là. La colonie de Gheel le prouve d'une manière plus frappante.

A qui faut il confier l'application de la colonisation des aliénés? Le professeur Rieger, de Wurzbourg, déjà cité par M. Masoin dans son deuxième rapport, admet que « l'idéal serait une grande colonie, fondée par une union libre de philanthropes, se recrutant sur un territoire étendu et recevant de fortes subventions du Gouvernement. » Ce serait donc à la charité privée qu'on devrait recourir, la charité publique n'ayant rien fait nulle part pour les malheureux épileptiques. C'est l'Académie royale de médecine qui devrait prendre l'initiative. Elle est composée de philanthropes, d'hommes de science et d'expérience. Il lui suffirait de faire un appel au pays et de donner l'exemple pour en arriver à assurer d'une manière définitive le sort des malheureux épileptiques.

— A la demande de M. Masoin, la suite de la discussion est ajournée à la prochaine séance.

La séance publique est suspendue à 1 heure. L'Académie se constitue en Comité secret.

1. Projet de réponse à la lettre de M. le Ministre de l'agriculture, de l'industrie et des travaux publics, au sujet de l'ophtalmie granuleuse.

Le rapport de M. Deneffe est approuvé et sera transmis à M. le Ministre, en sollicitant l'autorisation de publier ce document dans le *Bulletin*.

2. Discussion du rapport de la Commission à laquelle a été renvoyé l'examen du mémoire présenté au concours sur les fonctions du corps thyroïde.

Le rapport de M. Masoin est adopté. Il conclut ainsi :

« En définitive, il a paru à vos Commissaires que ce mémoire ne pouvait obtenir la totalité du prix, mais qu'à raison des connaissances étendues qu'il atteste, du travail sérieux qu'il représente, des qualités qu'il témoigne et de certaines particularités originales qu'il contient, on doit lui accorder une large part de la récompense académique,

soit la somme de 300 francs, plus les honneurs de l'impression, à condition que l'auteur condense le récit, trop souvent répété, des accidents consécutifs à la thyroïdectomie, et qu'il abrège les parties anatomique et embryologique de son œuvre. »

Aux termes des conditions du programme des concours, lorsque l'Académie n'accorde qu'une récompense à un mémoire, le pli qui est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur. En conséquence, celui-ci est prié de se faire connaître, s'il accepte les décisions qui viennent d'être prises.

Élections : Sont proclamés *Membres honoraires étrangers* : MM. J.-S. Billings, chirurgien dans l'armée des États-Unis, à Washington; — P. Lussana, professeur émérite de l'Université de Padoue; — A. Lydtin, conseiller au Ministère de l'intérieur du Grand-Duché de Bade, à Carlsruhe, et B.-J. Stokvis, professeur à l'Université d'Amsterdam.

Sont élus *Correspondants belges* : MM. E. Deffernez, à Jumet; — A. De Marbaix, professeur à l'Institut agronomique annexé à l'Université de Louvain; — C. Firket, professeur à l'Université de Liége, et E. Lahousse, professeur à l'Université de Gand.

Sont nommés *Correspondants étrangers* : MM. J. Fodor, professeur à l'Université de Budapest; — R. Heidenhain, professeur à l'Université de Breslau, et N. Lanzillotti-Buonsanti, directeur de l'École royale supérieure de médecine vétérinaire de Milan.

Réouverture de la séance publique.

INSTALLATION DU BUREAU APPELÉ A SIÉGER EN 1894.

M. Deneffe résume les travaux accomplis en 1893, remercie ses Collègues du Bureau sortant pour l'appui qu'ils n'ont cessé de lui prêter et installe le nouveau bureau composé de M. Degive, président, M. Willems, premier vice-président et M. Desguin, second vice-président.

P. J. VAN BENEDEN.

Discours prononcé au nom de l'Académie de médecine, par M. le Prof. Lefebvre.

Messieurs,

L'Académie de médecine m'a chargé d'apporter un dernier hommage à M. le professeur Pierre-Joseph Van Beneden, qu'elle était fière de compter parmi ses Membres honoraires.

Cette allocution funèbre n'aura ni l'élévation, ni l'ampleur que le sujet mérite : M. Van Beneden était avant tout naturaliste, et parmi les corps savants qu'il a illustrés, l'Académie des sciences tient le premier rang. Vous venez d'entendre avec quel légitime orgueil elle revendique comme sien ce glorieux titulaire.

Chose singulière, les premiers pas de M. Van Beneden dans la carrière des études pouvait le conduire également à la médecine et aux sciences. Jeune encore, il entra à Malines dans la pharmacie de Stoffels, pharmacien modeste et pourtant curieux de la science, qui avait réuni avec beaucoup de soin une petite collection de minéraux et de coquilles. Parvenu au faîte des honneurs, M. Van Beneden rappelait volontiers ces modestes débuts, et dans sa reconnaissance, il aimait à attribuer à Stoffels le premier éveil de sa vocation scientifique; tant il est vrai qu'il ne faut souvent qu'un rayon de chaleur et de lumière pour faire éclore dans un sol bien préparé des germes silencieux et ignorés.

En quittant l'officine de Malines, M. Van Beneden entra à l'Université de Louvain, où il fit de brillantes études de médecine et conquit avec grande distinction le grade de docteur : c'était le 19 juillet 1832. Son diplôme est signé des deux noms qui sont restés chers et honorés parmi nous, Baud et Craninx (1).

En quittant Louvain, M. Van Beneden alla continuer ses études à Paris, en compagnie de quelques jeunes amis qui sortaient comme lui des bancs de la Faculté de médecine de l'Université et qui comme lui, devaient y rentrer solennellement comme maîtres, et quels maîtres, messieurs! Hubert, Michaux, les derniers survivants de la première génération des professeurs de médecine, aujourd'hui disparue.

Dès son arrivée à Paris, M. Van Beneden semble renoncer à la médecine; obéissant à une vocation irrésistible comme les vraies vocations, il se livra tout entier à la zoologie et à l'anatomie comparée. Gardons-nous de méconnaître le rôle important que les études médicales ont joué dans sa formation scientifique. Il avait appris à connaître l'organisme humain, ce prototype qui devait lui servir de point de repère dans ses études de zoologie et d'anatomie comparée; il avait développé de plus en plus cet esprit d'observation qui fut sa qualité maîtresse. C'est grâce à ses études préliminaires que, pendant plus d'un demi-siècle, il a enseigné la zoologie et l'anatomie comparée avec cet esprit scientifique et ce caractère pratique qui conviennent à de jaunes gens voués à l'étude de l'homme. Il nous serait peut-être permis, à nous médecins, de regretter cette nouvelle orientation de la vie de M Van Beneden. Quelles lumières cet observateur sagace, cet heureux chercheur, n'aurait-il pas jetées sur tant de problèmes encore obscurs de la science de l'homme! Et s'il avait abordé la pratique, ce ministère douloureux qu'on pourrait appeler le département des souf-

(1) Baud et Craninx faisaient partie de la Faculté de médecine de l'ancienne Université de Louvain. A sa suppression, ils furent appelés comme professeurs à l'Université catholique de Louvain.

frances humaines, si les malades avaient pu tourner les yeux vers lui, en lui disant, comme Job : « Ayez pitié de moi, vous au moins qui êtes mon ami », quelles ressources cet esprit fécond n'aurait-il pas trouvées pour les soulager, quelles consolations ce cœur aimant n'aurait-il pas versées sur ces âmes souffrantes! Médecins, ne nous plaignons pas trop; les plus brillantes découvertes de M. Van Beneden appartiennent autant à la médecine qu'à la zoologie. Il a jeté un éclat incomparable sur cette Université catholique à laquelle nous avons tous consacré notre vie; qu'importe que cet éclat rayonne du front d'un médecin ou du front d'un naturaliste?

Voilà le savant. Que dirais-je de l'homme? Je ne serais qu'un écho, répétant ce que j'ai entendu au sein de la famille universitaire pendant ces jours de deuil : la disparition de Van Beneden laisse un grand vide dans nos affections. Il arrive parfois que le culte de la science semble absorber le cœur comme il absorbe l'intelligence : le savant, voué à ses méditations solitaires, devient une sorte d'anachorète replié sur lui-même, austère et parfois maussade. Il n'en était pas ainsi de notre cher collègue. Sous le magnifique diadème de ses cheveux blancs, on retrouvait un visage toujours jeune où le sourire s'épanouissait volontiers; l'étreinte de ses mains amies avait conservé toute sa force et sa chaleur. En le voyant tous les jours, secouant la poussière de son laboratoire, parcourir nos boulevards d'un pas ferme et allègre pour rafraîchir son cerveau et entretenir ses forces, nous nous faisions facilement l'illusion qu'il devait rester presque indéfiniment notre doyen d'âge.

Hélas, l'immortalité n'est pas de ce monde ; tout passe, tout s'efface, hors le souvenir fidèle de l'amitié, hors la gloire rayonnante du génie secondé par un labeur obstiné, *labor improbus*.

La mort nous dispense de cette réserve que l'on doit garder dans la louange des vivants. Van Beneden est entré dans la postérité et nous pouvons parler de lui à cœur ouvert.

Messieurs, nous sommes assemblés en face d'un sépulcre glorieux. Le nom de Van Beneden vivra dans la science aussi longtemps que la science conservera des adeptes.

Il n'a pas seulement illustré sa vie par de grandes découvertes, et je n'en cite qu'une parmi tant d'autres, la connaissance des lois de la transmigration des vers parasites : il a jeté des clartés nouvelles sur les mystères obscurs de la génération des êtres inférieurs.

Van Beneden a été grand pendant sa vie, il nous apparaît plus grand encore en face de la mort. Fidèle aux convictions religieuses qui ont embelli sa vie, il a su incliner son front chargé d'honneurs devant Celui qui est seul grand; il a tenu à affirmer qu'il remettait sa vie et sa mort entre les mains de Dieu. Quelle valeur cette parole

n'a-t-elle pas dans une pareille bouche et à un pareil moment! Souvent, à l'approche de la mort, la pensée humaine s'obscurcit, la volonté chancelle. Ce noble et ferme esprit a conservé jusqu'au dernier instant toutes ses lumineuses clartés, semblable à ces astres qui, à la fin de leur course, projettent à leur couchant, dans un ciel sans nuage, des des rayons aussi purs qu'à leur zénith.

En l'ensevelissant dans ces espérances d'immortalité, nous n'avons qu'un seul mot à ajouter : Van Beneden au revoir!

VARIÉTÉS.

PROPHYLAXIE DES MALADIES CONTAGIEUSES.

D'un très intéressant discours sur l'étiologie et la prophylaxie de la variole, prononcé par M. le dr Schrevens à l'Académie de médecine (1), nous extrayons le passage suivant, démontrant qu'au XVIe siècle, les administrations communales savaient employer, pour défendre les populations contre les épidémies, des mesures que nos administrations fin de siècle feraient peut être bien d'employer à leur tour.

« Notre grand défaut est d'hésiter toujours, de reculer devant l'application de certaines mesures d'hygiène publique absolument indispensables; nous craignons de molester le public, de l'indisposer en lui témoignant l'intérêt que nous portons sérieusement à sa santé, et cependant nous n'inventons rien de neuf en assurant l'isolement des contagieux, en les empêchant de transmettre à d'autres la maladie dont ils sont atteints et dont ils peuvent disséminer les germes.

Nous devons, au contraire, confesser avec modestie que nous avons bien reculé depuis quatre cents ans sous ce rapport; les autorités communales, au XVIe siècle, faisaient, en temps d'épidémies, des proclamations défendant aux particuliers atteints d'une affection contagieuse, — et c'était de la peste qu'il était alors question, — de se mêler au public, de semer partout les germes morbides dont ils étaient porteurs; les gens qui habitaient la maison infectée ne pouvaient circuler dans la rue sans porter une verge blanche de 4 pieds de long, ce qui permettait au public de s'en garer; la maison elle-même était signalée comme dangereuse par une barre blanche tracée en travers de la porte et par une torche de paille servant d'enseigne; il était défendu aux fripiers (vieswariers) d'acheter, dans les localités où régnait une épidémie, et de rapporter en ville n'importe quel objet suspect de contamination. L'information des cas de maladies contagieuses venant à se déclarer était également obligatoire; toutes ces défenses, toutes ces prescriptions étaient appuyées par une sanction, et cette sanction n'était pas illusoire, comme nous le prouvent différents jugements qu'a bien voulu nous communiquer M. Jopken, préfet des études de l'Athénée de Tournai, qui les a recueillis au milieu

(1) Séance du 27 janvier 1894.

de ses recherches paléographiques dans les Registres de la Loy déposés aux archives de Tournai.

Je me permettrai de reproduire ici quelques-uns de ces jugements :

« Roland Philipot, cêpier (gardien) des prisons du belfroy de ceste ville est banni de ceste ville l'espace de six sepmaines sur peine que s'il y retournoit avant le dit terme passé, d'être justicyé à l'assens de messrs prevostz et jurez, pour ce que nagaires il y a deux de ses enffans trespassez en sa maison, et n'a porté une blancque waulette comme il était commandé de faire et aussi lui aura le dit commandement esté fait à sa personne en transgressant la dite ordonnance et contempnant le dit commandement, en grandement delinquant; publié le XIe jour de juillet l'an mil Vc et vingt. »

Pierart le wartier, teinturier, est banny de ceste ville et cité l'espace de six sepmaines comenchant aujourdhuy, pour ce que naguères sa femme est trespassée en sa maison de peste et nonobstant le dit Pierart a été reffusant de porter une blancque waulette et mettre à sa maison une bougette d'estrain pour enseigne, en contrevenant à l'ordonnance sur ce faite, et que plus et pis est, s'est bouté entre les gens sans ladite blancque waulette... et ne porra recouvrer l'habitation de la dite ville au bout des six sepmaines qu'il ne ait payé au prouffit d'icelle ville une amende de dix livres tournois sans diminucion. Publié aux bretèques le second jour d'aoust l'an mil Vc et vingt. »

« 1er février 1521. — Charles Deleroche, vieswarier, est condamné à 20 s. t. pour ce que lui ou sa femme avait naguère acheté un paletot venant d'un homme trespassé de peste. »

« 27 juin 1521. — Jehenne Lefrancq, vesve de feu Colart Burbure, est condempnée en une amende de dix liv. t. pour ce que puis aucuns jours il y a heu ung josne (enfant) trespassé de peste en sa maison, et la fille de ladite Jehenne, devenue malade de ladite maladie de peste, ce nonobstant la dite Jehenne, depuis que dit est advenu, elle est allée et venue tant par les rues comme par les églises en cette ville sans porter une blanche verghette de la longhesse à ce mise, ni mis enseigne d'une bouge d'estrain. »

« 5 décembre 1521. — Demoiselle Jehenne Defines, vesve de feu Olivier Leclercq à une amende de 60 s. t. pour ce que naguère le dit Olivier est trespassé de peste, et que on lui eut commandé sa maison close et qu'elle eut de l'estrain à sa dite maison, ce nonobstant elle a tenu sa dite maison ouverte, vendu sa denrée à chacun, ôté l'estrain qui y était mis, et seulement porté un petit baston de trois quartiers au lieu d'une waulette de aune et demie de long. »

« 13 août 1521. — Jacquemin Hennecault, crassier, à cent sols t., pour ce que naguère, nonobstant les défenses à lui faites de non tenir sa maison ouverte, à cause qu'il avait un enfant trépassé, il l'a toujours et continuellement tenue ouverte et exposé en vente sa denrée et marchandis, et sy est condamné de tenir sa dite maison close jusques à ce que les six semaines du jour du trépas de son dit enfant seront passés. »

On le voit, ce n'était pas impunément que l'on pouvait transgresser les prescriptions de l'hygiène; on n'aurait pas toléré, il y a trois cents ans, le fait de tenir dans une salle d'estaminet, ouverte au public, un enfant atteint d'une variole confluente, comme je l'ai vu à Maffles. »

A PROPOS DU CHOLÉRA.

Quoique ne procédant plus par grands coups, le choléra asiatique reste à l'ordre du jour. Il ne se passe guère de semaine sans que les journaux ne signalent au public quelque nouvelle explosion du fléau. Or comme la maladie est presque toujours, si pas toujours, une maladie importée, il est indispensable d'être renseigné rapidement sur son apparition, si on veut la combattre efficacement et avec le plus de chances possibles de succès. Car il n'y a pas d'illusions à se faire, beaucoup d'épidémies auraient été enrayées dès le début, étouffées pour ainsi dire dans l'œuf, si on avait été à même de reconnaître leur nature au moment où elles faisaient leurs premières victimes.

Il y a peu d'années encore, le diagnostic du choléra asiatique était très difficile, disons impossible, à faire au début d'une épidémie. Aussi voyait-on les médecins, même les plus autorisés, se livrer à des discussions sans fin quand éclatait une affection cholériforme, les uns opinant pour le choléra indien, les autres pour des diarrhées nées sur place et dépourvues de contagiosité. Pour trouver un exemple frappant de l'incertitude prolongée qui peut régner dans ces cas, il suffit de rappeler l'épidémie de Marseille de 1884, qui donna lieu à l'Académie de médecine de Paris, à plusieurs discussions, dans lesquelles ni les partisans, ni les adversaires du choléra asiatique ne réussirent à faire prévaloir leur opinion. Ce fut seulement quand l'épidémie eut pris une extension considérable, que tout doute fut levé.

Avant l'acquisition des moyens de diagnostic bactériologique, cette hésitation devait se produire fatalement. En effet le choléra indien n'est pas une maladie possédant une symptomatologie propre, mais elle présente avec d'autres affections une identité absolue de symptômes, à tel point de tromper l'œil le plus exercé. Parmi ces affections nous trouvons le choléra nostras, et certains empoisonnements, tels que ceux par la viande altérée. Pour les discerner du vrai choléra, on

devait se baser sur la contagiosité. Les cas restaient-ils isolés, rares, sans relation entre eux, on opinait pour le choléra nostras. Pouvait-on les rattacher à la consommation commune d'une viande de mauvaise qualité, on portait le diagnostic d'empoisonnement. Prenaient-ils un caractère indéniable de contagiosité, frappant des individus habitant une même maison, un même quartier, et augmentant successivement leur cercle d'action, on se déclarait pour le choléra asiatique. Mais avant que le caractère épidémique fut devenu manifeste, les jours, les semaines passaient et pendant ce temps le mal s'étendait, les germes se répandaient de tous côtés, et au lieu de se trouver devant un foyer unique, circonscrit, on devait compter bientôt avec des foyers multiples, mal limités, et enlevant par leur nombre une grande partie de leur efficacité aux mesures de répression.

Les difficultés de diagnostic deviennent encore plus grandes devant ce fait que l'importation du germe cholérique dans une localité n'entraîne pas nécessairement l'explosion immédiate d'une épidémie. Les cas peuvent d'abord être sporadiques, espacés et revêtir le caractère épidémique seulement une ou plusieurs semaines après l'importation du germe. C'est ce qui s'est passé dernièrement à St-Trond. On comprend que dans ces cas, les conditions du diagnostic précis fassent défaut, et que celui-ci reste en suspens jusqu'à ce que les victimes se soient multipliées.

Grâce aux progrès de la bactériologie, l'incertitude peut être levée immédiatement et la nature de la maladie reconnue dans presque tous les cas en quelques minutes.

Voici les règles que l'on suit dans ces recherches :

On commence par faire l'examen microscopique des selles ou des vomissements.

Le microbe du choléra asiatique appartient au groupe des vibrions, c'est-à-dire, qu'il se présente sous la forme d'un bâtonnet incurvé. Suivant les épidémies, ce vibrion est tantôt un peu plus long, tantôt un peu plus court ; en certains cas il est grêle, d'autres fois il est plus gros ; enfin l'incurvation peut être plus ou moins prononcée ; mais ses dimensions restent confinées dans des limites assez étroites, et sous tous ses aspects, il conserve assez bien l'apparence d'une virgule. A l'état normal, cette forme d'organisme ne se rencontre pas dans les

selles; et jusqu'à présent on n'a pas d'une façon certaine constaté sa présence dans les maladies autres que le choléra asiatique. La forme des organismes rencontrés dans les vomissements et les selles a donc une grande valeur pour le diagnostic. Pour mettre bien en évidence leur conformation, on étend une couche mince de la matière suspecte sur un couvre-objet, de préférence les flocons gris des selles, on la laisse sécher à l'air ou à une température douce, on fixe la préparation en la tirant plusieurs fois à travers la flamme d'un bec de Bunsen ou d'une lampe à alcool, en prenant soin de ne pas la brûler, et on la colore au moyen du bleu de méthylène, ou du violet de gentiane, ou de la fuchsine. Pour examiner la préparation, un grossissement de 400 diamètres est suffisant.

En opérant de cette façon, on peut, quand les vibrions sont nombreux, reconnaître immédiatement le choléra indien, et se dispenser de procéder à des recherches ultérieures. C'est surtout le cas dans les pays chauds, où l'on trouve fréquemment les germes cholériques en si grande quantité dans les matières expulsées, qu'ils y forment des cultures quasi-pures. Dans les pays tempérés, ils semblent plus rares; ainsi à St-Trond, nous ne les avons rencontrés que deux fois, sur une vingtaine de cas, en abondance suffisante pour permettre de porter un jugement définitif. Généralement ils sont rares, et perdus dans un nombre si considérable d'autres microbes, particulièrement le bacille commun de l'intestin, qu'on ne parvient pas à les décéler. Quand ils sont en faible minorité, l'examen est rendu encore plus incertain par ce fait qu'il n'est pas rare de voir les bacilles de l'intestin prendre, par les hasards de la fixation, une forme courbe qui leur donne l'aspect du vibrion. Impossible par conséquent, si les formes recourbées sont clairsemées, de reconnaître si elles appartiennent à de vrais vibrions, ou si elles ne sont que de vulgaires bacilles plus ou moins défigurés. Aussi l'examen microscopique de la préparation fixée et colorée ne fournit de résultats que lorsque les formes courbes sont nombreuses, c'est-à-dire dans le plus petit nombre de cas.

En portant nos investigations sur les excrétions des cholériques de St-Trond, nous avons pu nous assurer que l'examen microscopique pratiqué dans d'autres conditions peut rendre des services beaucoup plus importants. Au lieu de recourir à des préparations *séchées et*

fixées, il est de loin préférable d'examiner les excrétions à frais. Quand la matière est suffisamment diluée et transparente, comme c'est généralement le cas, on en examine directement une goutte sous le microscope; quand elle est opaque, plus ou moins solide, on en dilue préalablement une parcelle dans une goutte de bouillon. L'identification du vibrion cholérique se fait alors *non pas d'après sa forme*, mais *d'après ses mouvements*. Ces derniers sont tellement rapides, que l'on ne peut généralement pas reconnaître la forme du vibrion. Il fait l'impression d'un point, se déplaçant avec une agilité extrême en décrivant des séries de courbes, de sorte que, les germes étant nombreux, leur ensemble peut être comparé avec beaucoup de justesse à un essaim d'insectes tourbillonnant dans l'air. Leur mouvement de translation est tellement rapide, qu'on a toutes les difficultés pour maintenir un individu déterminé pendant quelques instants en observation. A peine entrevu, il s'évanouit dans un plan supérieur ou inférieur à celui qui est au point.

Le genre de ce mouvement est pathognomonique pour les vomissements et les selles des cholériques. Nous avons examiné à ce point de vue un grand nombre de selles, soit de personnes saines, soit de personnes atteintes de maladies diverses, sans rencontrer d'organismes à allure comparable à celle du bacille-virgule. Généralement, les organismes que nous y trouvions étaient immobiles, d'autres fois, ils présentaient des mouvements, mais ils étaient lents, de sorte que leur forme pouvait être parfaitement étudiée, ce qui est impossible pour le vibrion cholérique, et on pouvait les suivre aisément, en tournant la vis du microscope, dans leurs diverses pérégrinations.

Dans les nombreux examens pratiqués sur les selles et les vomissements des cholériques de St-Trond, et qui montent à une cinquantaine environ, nous n'avons échoué que deux fois dans ce genre de recherches; il s'agissait de selles moulées d'individus en convalescence; l'examen microscopique d'une parcelle diluée dans du bouillon ne permit pas d'y rencontrer les organismes agiles du choléra, alors que les cultures donnèrent des résultats positifs. A part ces deux cas, l'examen fut toujours concluant. Faisons remarquer qu'il n'est pas nécessaire de rencontrer les germes mobiles en grand nombre; à l'époque de la convalescence, ils deviennent tellement rares qu'on n'en ren-

contre qu'un petit nombre, cinq, dix, vingt, par préparation, mais cette quantité est suffisante pour le diagnostic. C'est assez dire combien le procédé est délicat.

Quand on se trouve devant une affection que l'on soupçonne de nature cholérique, on ne se contente pas de poser le diagnostic par l'examen microscopique, mais on tâche de cultiver le vibrion, afin de fixer ses autres caractères.

Dans ces derniers temps, le procédé d'isolement du bacille-virgule a fait des progrès considérables. Au lieu de faire des plaques de gélatine directement avec les matières suspectes, on en introduit une certaine quantité, par exemple une goutte, ou un flocon de mucus, dans un bouillon composé comme suit :

Peptone	1 gramme.
Sel de cuisine	1 gramme.
Eau	100 grammes.

Réaction alcaline légère.

Ce bouillon présente cet avantage qu'il constitue un excellent milieu de culture pour le bacille-virgule, et un milieu relativement défavorable pour les organismes qui accompagnent celui-ci. Il s'ensuit que les vibrions se développent beaucoup plus rapidement et prennent le dessus sur leurs rivaux, de sorte que six, huit, douze heures après l'ensemencement, ils forment une culture relativement pure, alors même qu'au début ils constituaient une infime minorité. C'est chose curieuse que d'assister à cette supplantation d'un organisme par un autre. On ensemence un bouillon avec une parcelle de matière qui paraît ne renfermer que des bacilles vulgaires, on conserve le tout à la température du corps et on est tout étonné après quelques heures de se trouver en possession d'une culture quasi-pure de vibrions du choléra asiatique. Cette espèce de sélection est favorisée par la grande avidité des vibrions pour l'oxygène; grâce à leurs mouvements ils se portent à la rencontre de ce gaz et s'accumulent à la surface du liquide. C'est un fait mis à profit par les bactériologistes, qui savent que c'est dans la couche supérieure qu'ils doivent puiser pour avoir de nombreux vibrions.

Dès que l'on est en possession d'une culture plus ou moins pure

dans le bouillon au sel de cuisine ou à la peptone, on peut procéder sans difficulté aux opérations ultérieures.

Elles comprennent quatre points :

1° La culture dans la gélatine-peptone ;

2° La culture dans l'agar-peptone ;

3° La réaction du rouge du choléra ;

4° L'inoculation aux cobayes.

1° La culture dans la gélatine-peptone. Les jeunes colonies du bacille-virgule, obtenues en ajoutant une trace du bouillon préindiqué à un tube de gélatine que l'on étend ensuite en couche sur une plaque de verre, présentent un aspect tout à fait typique, et qui est déjà bien caractérisé 24 à 36 heures après l'ensemencement, pourvu que les plaques soient exposées à une température de 22°. Les colonies se présentent sous forme de petites sphères, d'un jaune pâle, couvertes de petites crêtes, qui donnent à la colonie un contour irrégulier.

2° La culture sur l'agar-peptone. Les colonies sont transparentes, mais en somme peu caractéristiques. On fait surtout cette culture pour avoir rapidement assez de masse microbienne afin de faire l'inoculation aux cobayes. En effet les cultures sur agar peuvent être exposées à une température de 38° sans inconvénient, tandis que celles sur plaque de gélatine ne peuvent dépasser 22°, sinon la gélatine se fond.

3° La réaction du rouge du choléra. On attache une grande importance à cette réaction. Elle réussit non-seulement avec les cultures pures, mais bien souvent aussi avec les bouillons primitifs, pourvu qu'ils ne renferment pas trop d'organismes étrangers. Elle consiste en l'apparition d'une couleur rouge au sein des bouillons non sucrés, quand on les additionne d'un acide fort. Cette coloration elle-même est produite par de l'indigo rouge, dont les éléments constitutifs sont fournis par l'échange nutritif du vibrion. Ce dernier est doué de deux propriétés que les autres microbes paraissent ne pas posséder en même temps. D'un côté, il réduit les nitrates en nitrites ; d'autre part, il décompose les peptones avec formation d'indol. Or les nitrites et l'indol, mis en présence d'un acide fort, fournissent de l'indigo rouge.

Comme nous l'avons déjà dit, cette réaction est considérée comme très importante. Pour la réussir, il est nécessaire d'observer certaines règles.

a) On n'emploie pas l'acide nitrique, parce qu'il fournirait la réaction avec des microbes autres que le vibrion du choléra. En effet, quelques organismes, tels que le bacille commun de l'intestin, forment de l'indol, mais pas de nitrites. Cultivés en bouillons purs, il fournissent également la réaction rouge du choléra, mais à condition d'additionner au bouillon une trace de nitrite. L'acide nitrique renfermant toujours de l'acide nitreux, on serait exposé à obtenir la réaction avec des organismes vulgaires.

b) On accorde la préférence à l'acide chlorhydrique, mais surtout à l'acide sulfurique. Bien entendu ces acides seront libres d'acide nitreux.

c) Les écrits classiques indiquent que la réaction est déjà évidente huit heures après l'ensemencement. De fait certains bouillons se colorent intensement après ce temps ; mais d'autres ne réagissent qu'après un jour, deux jours et même plus tard encore. Beaucoup de vibrions de St-Trond présentaient ce retard.

d) La coloration n'apparaît souvent qu'après plusieurs heures ou le lendemain.

4° L'inoculation aux cobayes. Un des caractères du bacille-virgule est son action pathogène sur les cobayes. Pour l'éprouver on procède comme suit. On gratte avec un fil de platine recourbé en anse à son extrémité, une culture du vibrion sur l'agar. On obtient ainsi une parcelle de culture, on la désagrège dans un centimètre cube de bouillon et on l'injecte dans le péritoine d'un cobaye. Celui-ci succombe dans les 24 heures, en présentant un exsudat qui généralement constitue une vraie culture de vibrions.

Telle est la marche que l'on suit, si l'on veut procéder à une identification complète du vibrion du choléra. L'opération la plus simple, celle qui fournit le résultat le plus rapide, est l'examen microscopique à frais, tel que nous l'avons exposé plus haut. Pour l'exécuter, il suffit d'un microscope ordinaire, de quelque habitude dans son maniement, et d'une certaine éducation de l'œil. D'après nous, ce moyen ne faillira que rarement ; trouvera-t-on des organismes doués de l'allure décrite, on pourra conclure avec une certitude quasi-absolue à l'existence du choléra asiatique, en tout cas on se comportera immédiatement comme

si la nature de la maladie ne laissait plus la moindre place au doute. Les mouvements caractéristiques font-ils défaut, on recourra à la culture dans le bouillon au sel de cuisine et à la peptone; on maintiendra ce bouillon à la température du corps et après une douzaine d'heures, on trouvera à sa surface les organismes caractéristiques; mais il arrivera rarement que ce moyen révélera des germes que le microscope n'avait pas pu découvrir. Le fait ne s'est présenté à nous qu'à l'époque de la convalescence, quand les selles commençaient à reprendre leur coloration et leur consistance normales.

Dans le cas où les vibrions peuvent être reconnus au microscope, grâce à leur mobilité particulière, et c'est le cas habituel, le diagnostic peut donc être porté *immédiatement*. Mais si l'on veut fixer tous les caractères du germe, l'opération exige un certain temps, que l'on peut évaluer comme suit :

Pour avoir un premier bouillon : 6 à 12 heures.

Pour avoir la réaction du rouge : 6 à 48 heures.

Pour obtenir avec le bouillon les colonies caractéristiques sur gélatine : 24 heures.

Pour avoir une masse microbienne suffisante pour inoculer le cobaye : 12 heures.

Pour être fixé sur le résultat de cette inoculation : 12 à 24 heures.

Jusque dans ces derniers temps, les bactériologistes comme les cliniciens étaient presque unanimes pour admettre que le choléra-morbus ne prenait pas naissance en Europe, mais qu'il était un article d'importation de provenance asiatique, où, comme on le sait, il sévit à l'état endémique dans certaines contrées. Cette opinion était basée sur la marche de la maladie, dont il est aisé dans la plupart des cas, de fixer toutes les étapes, et elle régna sans contestation sérieuse jusqu'en 1892, époque à laquelle éclata à Paris, une épidémie assez bénigne, qui ne se laissait rattacher à aucune épidémie existante. Elle paraissait être née sur place, de toutes pièces, sans avoir été importée d'une localité infectée. L'obscurité qui avait entouré la naissance de cette épidémie inspira à Sanarelli, un élève de Metschnikoff, l'idée de rechercher si l'on ne pouvait pas appuyer, par des recherches bactériologiques, l'opinion que le choléra peut surgir dans une localité, sans que le germe fût apporté du dehors.

Partant du fait que l'épidémie de 1892 avait sévi avec le plus d'intensité dans les communes alimentées par la Seine, immédiatement en aval de Paris, il commença par étudier les vibrions de l'eau du fleuve aussi bien à l'intérieur qu'en amont et en aval de la ville, il porta ensuite ses investigations sur l'eau des égouts, et sur l'eau de drainage des champs d'irrigation de Gennevilliers; enfin il étudia les eaux de Versailles. Dans le cours de ses recherches, il parvint à isoler trente-deux vibrions, ayant des caractères communs, mais se distinguant pourtant les uns des autres par l'une ou l'autre particularité.

Fait remarquable, plusieurs de ces vibrions remplissent toutes les conditions voulues pour être rangés à côté du vibrion-type de Koch. Ainsi ils en ont la forme recourbée, ils produisent des colonies identiques, ils donnent avec les acides forts la réaction du rouge et enfin ils sont pathogènes pour les cobayes. D'autres vibrions isolés par Sanarelli ne répondent plus complètement au type édifié par Koch, mais il leur manque l'un ou l'autre caractère fondamental; d'autres encore, s'en éloignent davantage; enfin, il en est que l'on croirait complètement étrangers au type primitif, s'il n'existait toute une série d'intermédiaires, permettant de passer sans secousses du premier terme de la série au dernier. Bien plus, Sanarelli vit certains de ces vibrions perdre des caractères essentiels, tandis que d'autres en acquéraient. L'auteur conclut de ses travaux que les eaux contaminées par des matières organiques, telles que celles des fleuves qui traversent des agglomérations humaines, ou celles des égoûts qui recueillent leurs détritus, constituent un milieu de développement pour les vibrions, et renferment des organismes que nous ne pouvons discerner dans l'état actuel de la science du vrai vibrion du choléra. Or, voici précisément le point le plus intéressant du travail de Sanarelli. Toutes ces recherches furent exécutées au cours de l'année 1893, pendant laquelle Paris et sa banlieue restèrent complètement indemnes du choléra. Comment expliquer d'un côté la présence du vibrion dans des eaux servant à l'alimentation et de l'autre l'absence d'épidémie? Voici l'explication de Sanarelli. Les eaux riches en matières organiques servent de milieu de culture aux vibrions; ceux-ci sont habituellement dépourvus de propriétés pathogènes, ce sont des organismes atténués; mais, dans certaines conditions qui

nous échappent encore, ils acquièrent, comme d'autres microbes, des propriétés infectantes et ils deviennent pathogènes. Ils déterminent alors l'explosion d'une épidémie de choléra, qui n'est pas d'origine exotique, mais née sur place même. Telle aurait été l'épidémie de Paris de 1892; ce choléra serait né aux portes de Paris même, et il serait inutile de chercher le bateau traditionnel qui a dû l'importer de l'Orient. En d'autres mots, le vibrion de Koch ne serait qu'un vibrion vulgaire, à virulence exaltée.

Inutile d'insister sur la portée du travail de Sanarelli. La possibilité de la création sur place, grâce à des eaux souillées, d'une épidémie de choléra, a une importance qui n'échappe à personne. Mais il convient d'ajouter de suite que si cette possibilité ne peut être méconnue, du moins elle se réalise rarement. Les conditions dans lesquelles le vibrion inoffensif se transforme en vibrion pathogène ne doivent se présenter que rarement, car il suffit de suivre le développement d'une épidemie, pour être convaincu de suite que le germe est presque toujours importé. Nos dernières épidémies en sont encore une preuve éclatante; Anvers a infecté le bassin de l'Escaut; ici le germe a été porté en sens contraire du courant par des bateliers. Certaines localités industrielles du bassin de la Sambre, ont infecté peu à peu toute la Meuse; ici les microbes n'ont eu qu'à se laisser emporter par l'eau, pour se répandre à de grandes distances de leur foyer primitif.

L'épidémie de St-Trond, placé en dehors du bassin de la Meuse et assis sur un ruisseau qui se jette dans le Démer et qui n'est ni navigable ni flottable, pourrait à première vue faire songer à une explosion *spontanée* de choléra, mais il a suffi de faire une enquête sommaire pour trouver immédiatement son origine. Le choléra de St-Trond provient de la Meuse. Les Saint-Tronnaires exécutent dans les sucreries un travail dont ils possèdent pour ainsi dire la spécialité. Ce travail se fait dans les emplis, c'est-à-dire, les locaux où s'opère la cristallisation des sirops. La température y est très élevée, 50° degrés, dit-on; et pour se rafraîchir, ils boivent des quantités d'eau considérables, jusqu'à dix litres et plus par jour. Une équipe de Saint-Tronnaires travaillait pendant le mois de décembre à X., localité située sur la Meuse, et y consommait en abondance l'eau du fleuve. Dans la localité même, un de ces hommes mourut avec tous les symptômes

du choléra; les ouvriers de la fabrique employés à d'autres besognes et la population restèrent indemnes. Peu de jours après la mort de leur compagnon, les ouvriers de St-Trond rentrèrent chez eux et plusieurs présentèrent tous les signes du choléra; puis des cas se produisirent dans leur famille et dans les quartiers où ils habitaient. Sachant que la Meuse est infectée depuis deux ans, on doit raisonnablement rechercher l'origine de l'épidémie de St-Trond à X... Un fait singulier vient encore confirmer cette déduction. Le vibrion de la Meuse se distingue nettement par quelques-uns de ses caractères du vibrion qui a désolé le bassin de l'Escaut; or, le bacille-virgule de St-Trond présente les caractères du premier. Cette ressenblance est venue confirmer d'une façon bien inattendue les données fournies par l'enquête.

En résumé, si l'on ne peut nier que le choléra ne puisse naître spontanément, par modification de vibrions inoffensifs, il faut admettre comme règle qu'il est apporté du dehors, d'une localité déjà infectée. Cette donnée est extrêmement importante, car elle met en pleine lumière l'importance incalculable du diagnostic rapide de la maladie. Il importe que cette dernière soit reconnue et combattue avant que les germes n'aient eu le temps de se répandre, de gagner les puits et les eaux courantes. On ne saurait se faire une idée combien dans les classes pauvres surtout, la contagion a l'occasion d'étendre ses ravages. Il faut avoir suivi une épidémie de près pour se faire une idée des imprudences qui se commettent dans ces cas. Ainsi à St-Trond, dans le faubourg de St-Pierre, les lieux d'aisance des habitations pauvres sont tellement rudimentaires, qu'ils se réduisent à une simple excavation dans le sol; encore sont-ils souvent peu utilisés; et il est un fait acquis, que les vomissements et les selles des cholériques étaient jetés dans les cours ou sur la voie publique, aussi bien que dans le trou débordant qui constituait le water-closet. Dans la rue, les déjections n'avaient qu'à suivre la facile impulsion de la pesanteur pour gagner le puits d'une pompe, où l'analyse démontra l'existence du vibrion. Faut-il plus pour infecter tout un quartier?

Heureusement qu'il ne suffit pas que les germes pénètrent dans le tube digestif. Dans un numéro précédent, nous avons relaté les expériences de Metschnikoff, qui démontrent une fois de plus qu'avaler les ba-

cilles-virgules, même en quantité considérable, n'est pas un acte entraînant fatalement l'explosion de la maladie. L'observation clinique confirme parfaitement l'expérience. Ainsi nous nous souvenons d'une jeune fille couvrant de baisers le visage de sa mère, baignant dans les vomissements. Nous avons également été témoin du cas suivant. Une brave voisine prête ses soins à une malade, atteinte de vomissements; avec son tablier, elle essuie la figure de la malade, et quelques instants après, comme elle transpirait, elle se passe largement sur le visage son tablier, précisément à l'endroit où les vomissements laissaient encore une tache humide. Dans l'un et dans l'autre cas, des vibrions ont certainement été déposés sur les lèvres, et ont fini par pénétrer dans la bouche, pourtant le choléra ne se déclara ni chez l'une ni chez l'autre imprudente. Mais ce n'est pas un motif pour laisser à l'entourage du malade l'occasion de renouveler ces expériences inconscientes. Le transport des individus atteints doit rendre cette contamination directe impossible.

Inutile d'insister sur l'importance des mesures dictées pour combattre l'épidémie. On peut les résumer dans les propositions suivantes : Isoler le malade, désinfecter sa maison et ses excréta, et fermer les pompes ou conduites suspectes. Il suffit d'être au courant des notions élémentaires de la bactériologie du choléra pour comprendre la nécessité de ces mesures. Nous croyons seulement utile d'insister sur un point : la surveillance et l'isolement des individus atteints légèrement. Les expériences faites sur l'homme, au moyen de germes ingurgités volontairement, donnent naissance à tous les degrés de l'empoisonnement cholérique, depuis la diarrhée légère, qui passe presque inaperçue, jusqu'aux troubles gastro-intestinaux les plus violents. Le germe qui s'introduit subrepticement agit de même ; chez les uns, il détermine un relâchement auquel on n'attache aucune importance, chez les autres c'est le choléra dans toute son intensité. Or, les premiers sont aussi dangereux au point de vue de la contagion, que les seconds, et, si l'on veut lutter sérieusement contre la maladie, il est indispensable de séquestrer les uns comme les autres. L'épidémie de St-Trond a de nouveau mis en plein lumière la bénignité de certaines atteintes de choléra. Ainsi telle famille était renseignée comme atteinte dans un seul de ses membres; les autres étaient considérés comme sains,

parce qu'ils n'étaient pas au lit, parce qu'ils ne rendaient pas par le haut et par le bas, parce qu'ils n'étaient ni cyanosés ni froids. Mais quand on commençait à interroger ces derniers soigneusement, il n'était pas rare de découvrir que l'un ou l'autre avait une diarrhée qu'il croyait inutile de déclarer et qui n'était autre qu'une infection légère, comme l'examen des selles le démontrait. Le médecin aura donc l'œil ouvert aussi bien sur les individus notoirement atteints, que sur ceux qui paraissent jouir d'une bonne santé.

Il n'est pas douteux qu'une épidémie rapidement reconnue et combattue rationnellement, puisse être tuée dans l'œuf, sans étendre ses ravages. Au médecin de procéder ayec rapidité et énergie. Qui sait combien de vies seront épargnées par une intervention prompte et vigoureuse !

J. DENYS.

TRAITEMENT DES MALADIES DU CŒUR.

Dans une leçon clinique publiée par le *Bulletin médical*, le prof. Potain distingue trois périodes dans l'évolution des maladies du cœur : *la période initiale*, ou phase des accidents primitifs; *la période de tolérance* ou phase latente; *la période des perturbations secondaires*.

Dans la première période la lésion cardiaque s'installe en quelque sorte et se constitue. Tantôt, c'est à la suite et sous l'influence d'une maladie aiguë infectieuse faisant naître des inflammations endo-, myo-, ou péricardiques, auxquelles succèdent des altérations plus ou moins persistantes et parfois définitives; tantôt, c'est par le fait de vices de la nutrition produisant, en diverses parties du cœur, des scléroses ou des dégénérescences; tantôt, enfin, c'est consécutivement à des retraits spasmodiques des vaisseaux les plus petits de l'une ou de l'autre circulation, ou à des épaississements de leurs parois qui, réduisant leur lumière, exagèrent la résistance opposée au cœur. à tel point que celui-ci cède et se dilate, ou ne suffit à sa besogne qu'en s'hypertrophiant de plus en plus.

La seconde période commence lorsque l'affection initiale aiguë du cœur a terminé son évolution ; les conséquences du processus inflammatoire peuvent être si complètement effacées qu'il n'en reste aucune

trace et que la maladie soit à considérer comme définitivement guérie. D'autres fois et dans des conditions moins heureuses, elles persistent sous la forme d'altérations valvulaires ou myocardiques chroniques. Mais alors, les manifestations de l'état aigu étant passées, la maladie entre en général dans une phase de tolérance où elle devient plus ou moins complètement latente pour le malade. Le cœur sans doute n'est pas à l'état normal et ses altérations ne cessent pas de se révéler à l'oreille du médecin; mais il peut fonctionner sans trouble et avec régularité, pourvu qu'il n'ait à accomplir qu'un travail modéré. On peut dire que dans cette période il existe une lésion, mais qu'il n'y a point de maladie.

Dans la troisième période, cet état de tolérance et d'adaptation cesse pour faire place à des désordres circulatoires multipliés, à des troubles fonctionnels variables et aux altérations secondaires dont divers organes deviennent le siège. A cette période, on donne très généralement, depuis Beau, le nom de phase d'asystolie, dans la pensée que tous ces désordres résultent d'un épuisement de l'énergie cardiaque et de l'impossibilité où se trouve le myocarde affaibli de lutter encore avec les obstacles circulatoires, pour maintenir ce qu'on a appelé la *compensation*.

Le prof. Potain tient toutefois à faire remarquer que l'insuffisance des systoles cardiaques n'est que l'un des éléments pathogéniques d'où dérivent les accidents multiples de cette période et que les autres résident dans l'organisme entier ou dans celles de ses parties dont la force de résistance, accidentellement diminuée, a troublé l'*adaptation*.

A chacune de ces périodes, correspondent des indications absolument différentes. Dans la première, il s'agit d'enrayer les progrès de l'affection locale, d'en favoriser la résolution et d'en faire disparaître, s'il se peut, les dernières traces; dans la seconde, bien qu'il n'y ait plus à tenter de guérir une lésion définitivement acquise et fixée et que le sujet ne soit réellement plus un malade, la médecine doit intervenir encore pour régler l'hygiène de façon à prolonger, aussi longtemps que possible, cette période heureuse de la tolérance parfaite; dans la dernière, enfin, on a à combattre non plus la lésion, qui est désormais hors de notre portée, mais les conséquences multiples des troubles circulatoires engendrés par cette lésion, conséquences qui portent sur le cœur d'abord, mais s'étendent, en outre, à l'économie entière.

Dans l'article que nous analysons, l'auteur ne s'occupe que du traitement des deux premières périodes.

1° *Traitement de la période initiale aiguë*. Il faut intervenir activement par des moyens locaux ou généraux. Localement, on appli-

quera des *ventouses scarifiées* ou, à leur défaut, des *sangsues* sur la région précordiale. Les premières seront très préférables, d'abord parce que leur application, plus rapide, expose moins le malade au refroidissement ; ensuite, parce qu'elle permet de limiter plus exactement la quantité de sang extraite. Cette quantité doit être, la plupart du temps, très modérée, car l'effet utile des ventouses semble imputable bien plus à l'action dérivative des scarifications qu'à la soustraction du sang elle-même. A ces émissions sanguines locales on fera succéder l'application d'un *vésicatoire volant* assez grand. mesurant en moyenne huit centimètres sur dix. Plus tard et lorsque la maladie paraîtra entrer dans la période de résolution, on pourra substituer aux vésicatoires des *applications iodées*.

Quel que soit le moyen de dérivation employé et à partir du début même du traitement, *la face antérieure de la poitrine sera recouverte d'une couche épaisse de coton cardé ou d'ouate hydrophile, par dessus laquelle on placera une feuille de toile gommée*, de façon à maintenir dans cette région une température absolument uniforme avec quelque moiteur. En Allemagne, on préconise, surtout pour les cas d'excitation cardiaque vive, des *applications constantes de glace*, qui, en effet, produisent un effet sédatif marqué Mais ces applications exigent une surveillance des plus minutieuses. Elles ne sont dépourvues de danger qu'à la condition d'être maintenues de la façon la plus rigoureuse. Un de leurs avantages, qui est d'entretenir une température constante, paraît être obtenu, selon le prof. Potain, au même degré et avec une sécurité plus grande à l'aide de l'enveloppement qui vient d'être indiqué.

A l'intérieur on aura utilement recours dès le début de la maladie à l'emploi du *calomel*, d'abord sous forme purgative, si rien dans l'état du malade ne s'y oppose, et en administrant à la fois 50 centigrammes de ce médicament avec une dose égale de poudre de scammonée; puis à dose réfractée, c'est-à-dire de 0,10 à 0,20 de calomel répartie en cinq doses dans la journée.

A cela on ajoutera la médication spéciale qui pourra se trouver indiquée par la maladie infectieuse ou diathésique au cours de laquelle l'affection cardiaque sera survenue. S'il s'agit, comme il arrive si souvent, du rhumatisme articulaire aigu, on continuera l'usage du *salicylate de soude* et au besoin on en augmentera la dose, alors même que l'état des articulations et la marche du mouvement fébrile ne sembleraient pas l'indiquer.

Si l'endocardite a pris naissance dans le cours ou sous l'influence d'une affection goutteuse, c'est à la *teinture de semence de colchique* qu'il conviendra de s'adresser de préférence, et on se trouvera bien

de l'administrer à doses réfractées, c'est-à-dire par exemple à la dose de 5 gouttes étendues dans une tasse d'infusion de tilleul et répétées 5 fois par jour, en augmentant la dose journalière de 5 gouttes chaque jour, jusqu'à ce qu'un léger effet laxatif avertisse qu'on touche à l'intolérance et qu'il y a lieu de rétrocéder.

En d'autres cas et notamment de la fièvre typhoïde ou de la grippe, c'est au *sulfate de quinine* que pour sa part l'auteur a le plus volontiers recours.

L'irrégularité et la fréquence parfois excessive des battements du cœur nécessitent l'intervention des médicaments cardiaques; de la *digitale*, s'il s'agit surtout d'arythmie et de tachycardie; de la *caféine*, si l'affaiblissement des battements du cœur et la dilatation aiguë de l'organe semblent prédominer; du *strophantus* peut-être, si les phénomènes d'anxiété et d'angoisse précordiale l'emportent sur les perturbations objectives.

Pendant toute la période aiguë des cardiopathies, *l'hygiène doit être des plus sévères.*

Le *séjour au lit* est obligatoire. Les malades doivent être soumis à la *diète lactée* rigoureuse à moins d'intolérance absolue et le lait pris à la dose de 1 à 2 litres, par petites portions et à intervalles d'une ou deux heures au plus, de façon à éviter la moindre surcharge gastrique.

Quand la période aiguë de l'affection cardiaque est terminée, deux choses peuvent advenir. Ou bien toute trace d'altération endo-péri- ou myocardique a disparu et la guérison est parfaite. Il ne reste pour le malade qu'un avertissement d'avoir à ménager les fonctions de l'organe récemment atteint et d'éviter attentivement les occasions de rechute, surtout s'il s'est agi d'une affection rhumatismale. Ou bien, il demeure encore des traces, des conséquences plus ou moins accentuées de l'endocardite ou de la myocardite, des déformations valvulaires, de la dilatation des cavités.

La myocardite, aussi longtemps qu'elle n'a point amené de dégénérescence profonde, est susceptible de guérir. La dilatation aussi bien que les irrégularités fonctionnelles par lesquelles elle s'est manifestée et qui parfois persistent plus ou moins longtemps après la fin de la période aiguë, peuvent à la longue entièrement disparaître.

L'auteur se demande si les déformations valvulaires qui succèdent à l'endocardite aiguë sont elles mêmes susceptibles de guérison; il considère la chose comme difficilement concevable pour le rétrécissement des orifices, mais comme parfaitement réalisable pour les insuffisances assez récentes; par conséquent il y a lieu d'aider à cette résolution et de la favoriser autant qu'il est possible à l'aide de la médication. Celle à laquelle on a ordinairement recours et qui a donné des résultats favorables est la *médication iodurée.*

Le prof. Potain a recours à des doses très modérées et réfractées pour ménager l'estomac (10 centigrammes à la fois d'iodure en solution dans l'eau à 2 p. 100, 6 à 9 prises par jour); il faut une très grande persévérance dans la médication qui malheureusement n'est pas toujours tolérée.

2e *Traitement de la période de tolérance*. Il est presque entièrement hygiénique; l'*hygiène* a pour les sujets affectés de lésions du cœur un but plus spécial à remplir : elle doit écarter toute cause de perturbation capable de compromettre la tolérance acquise et de faire naître l'asystolie en imposant au cœur un travail plus considérable que celui auquel il est apte de par sa maladie. Les uns ont recommandé pour cela le repos, la diète, les évacuations fréquentes. D'autres, au contraire, ont conseillé un régime tonique, le mouvement, l'exercice et même l'ascension des montagnes, dans le but de provoquer le cœur à l'action et de favoriser le développement de l'hypertrophie considérée comme moyen providentiel de compensation. L'une et l'autre méthode a ses prôneurs et ses détracteurs.

On est d'accord au moins pour écarter les causes diverses de perturbation, à savoir : *a*) les maladies susceptibles d'amener une nouvelle atteinte d'endocardite ou de myocardite; *b*) les mouvements musculaires énergiques qui surexcitent la circulation; *c*) les excès d'alimentation; *d*) les boissons excitantes; *e*) les agitations morales; *f*) les stimulations vénériennes; toutes causes agissant de la même façon.

Le dr Œrtel a insisté beaucoup sur l'importance de la *limitation de la quantité de liquides ingérée;* cette limitation, dans la pensée du dr Œrtel, aurait pour effet de réduire la masse du sang et par suite le travail du cœur. Les observations précises, autant qu'elles peuvent l'être à ce sujet, ne légitiment en aucune façon l'idée théorique qui a servi de base à ce précepte, et il n'est point exact que la masse du sang se règle d'après la quantité des liquides ingérés. Mais le précepte est bon, ajoute le prof. Potain, si l'on veut dire qu'il est particulièrement nuisible aux sujets affectés de maladies du cœur d'ingérer aux repas de trop grandes quantités de boisson. Le travail digestif en est rendu plus long et plus laborieux, ce qui a agit puissamment et fâcheusement sur le cœur, soit en troublant son rythme, soit en provoquant sa dilatation. L.

LA CURE-DE-TERRAINS DANS LES MALADIES DU CŒUR.

Cette méthode thérapeutique, très en faveur en Allemagne, peu connue dans notre pays, que l'intéressant travail du dr Mœller sur la

thérapeutique des maladies du cœur, inséré dans la *Revue*, a signalée déjà, vient d'être exposée en détail et appréciée dans le *Bulletin médical* par le prof. Potain et le dr Lagrange.

La « cure-de-terrains, » écrit le dr Lagrange, imaginée par le prof. Œrtel, de Munich, n'est autre chose qu'un mode de réglementation du plus naturel et du plus simple de tous les exercices : la marche. Il faut dire que le mot « cure-de-terrains » est assez mal choisi et ne donne guère idée de la méthode thérapeutique qu'il représente. Cette singulière dénomination vient de l'importance donnée à l'emplacement sur lequel se fait l'exercice, importance qui ne dérive pas de la nature même du « terrain » et de sa composition géologique, comme la traduction en langue française semblerait en éveiller l'idée, mais du degré d'inclinaison du sol.

Le traitement d'Œrtel consiste essentiellement à faire marcher chaque jour le malade pendant un temps strictement déterminé, en augmentant graduellement la durée de la marche et le degré de pente des routes. On choisit, pour l'appliquer, une région accidentée où l'on puisse tracer des chemins d'inclinaison variable, dont chacun est désigné par un signe convenu indiquant son degré d'escarpement; le malade, suivant les indications et sous le contrôle du médecin, commence son exercice sur des routes tout à fait plates pour arriver progressivement, selon son état et sa maladie, aux sentiers les plus escarpés.

Il est impossible d'imaginer rien de plus simple, en même temps que de plus rationnel. En réglementant la durée de la promenade, la vitesse de l'allure et le choix des chemins, on comprend combien il est facile d'augmenter chaque jour, suivant une progression régulière, le travail effectué. Et cette augmentation progressive de l'effort est la condition essentielle de l'accoutumance à la fatigue, ou, comme on dit, de l'*entraînement*.

Le système d'Œrtel, appliqué au traitement de certaines maladies du cœur, a été tenu en suspicion par bon nombre de praticiens, parce que l'entraînement a quelquefois pour résultat de développer ces mêmes maladies.

La cure-de-terrains est basée sur ce principe fondamental, que le fonctionnement régulier et progressif d'un organe quel qu'il soit fortifie cet organe, à la condition expresse de ne pas dépasser les limites de sa résistance et de ne pas aller jusqu'au surmenage.

L'auteur étudie ensuite quels sont les *effets de la cure-de-terrains*.

La marche, pratiquée chaque jour, pendant un temps de plus en plus long, sur un terrain de plus en plus montueux, augmente progressivement l'activité de la circulation du sang et de la respira-

tion. Cette suractivité du cœur et du poumon constitue dans les premiers jours une fatigue, mais, peu à peu, elle cesse de se faire sentir par l'accommodation successive des organes au travail. Tout le succès de la méthode tient au soin avec lequel on proportionne l'augmentation journalière de l'exercice à l'accroissement progressif de la résistance du sujet.

Les effets de la cure-de-terrains, qui se font sentir à tous les organes et à toutes les fonctions, n'ont rien de spécial, en ce sens qu'ils sont communs à tous les exercices dans lesquels on recherche plutôt la quantité de travail que la forme du mouvement. Ils pourraient donc être obtenus par l'exercice du rameur et même par celui du scieur de bois, par tous les exercices, en un mot, qui demandent à l'ensemble du corps une forte dose de travail musculaire, sans localiser plus spécialement ce travail dans un groupe de muscles très restreint. Toutefois il serait difficile d'imaginer un genre d'exercice qui se prêtât mieux que la marche en montagne à un dosage rigoureux, qui fût plus à la portée de tous par sa simplicité, et qui s'exécutât dans un milieu hygiénique plus favorable.

Les effets de la cure-de-terrains comme ceux de tous les exercices « généraux, » se traduisent d'abord par un échauffement du corps proportionné à l'escarpement du terrain sur lequel s'effectue la montée. Cette augmentation de chaleur a pour corollaire la combustion plus active des tissus gras. D'où cette conséquence que la graisse accumulée dans les organes tend à diminuer à mesure que la cure-de-terrains se prolonge. Mais l'exercice en montant a encore pour effet d'augmenter notablement la transpiration cutanée et l'exhalation pulmonaire : deux causes de déperdition d'eau. Ces pertes peuvent être considérables. A la suite d'une journée de traitement les pertes de poids dépassent fréquemment un kilogramme et vont quelquefois jusqu'à deux kilogrammes. En outre, comme il est de règle, dans le système d'Œrtel, de joindre au traitement par l'exercice la diète des liquides, l'eau soustraite au sang ne se reforme que lentement et, au total, la masse du liquide contenu dans les artères et les veines se trouve diminuée, comme elle le serait à la suite d'une évacuation sanguine. On obtient, en réalité, de cette déperdition résultant de la marche en montagne, le même bénéfice qu'on obtiendrait dans certaines maladies de la saignée, et sans la débilitation inévitable qui la suit. Le premier effet de cette évacuation de liquide, c'est la déplétion du système veineux et, par suite, l'allègement du travail du cœur, la diminution ou la disparition des épanchements séreux et des œdèmes.

La marche en montagne est, en outre, un puissant moyen diuré-

tique. Au premier abord, cette opinion semble paradoxale, car la quantité de liquide émise par les voies urinaires diminue dans les premiers jours de traitement par suite de l'hypersécrétion sudorale. Mais ce n'est là que le résultat du début. Au bout d'un certain temps, quand le cœur a été fortifié par l'exercice et que le système vasculaire sanguin, soulagé par d'abondantes évacuations de sueur, n'est plus soumis à cette distension exagérée qui en paralysait les fibres motrices; quand, d'autre part, on a pris soin de diminuer la quantité de liquide bue, on voit l'urine augmenter sous l'influence de l'exercice, même chez les sujets qui transpirent beaucoup; à tel point que son volume dépasse celui des boissons ingérées.

En outre un des premiers effets du fonctionnement plus actif que demande au cœur la marche en montagne, est de le dégraisser et d'augmenter en même temps son tissu propre, ce qui le rend plus capable de triompher des obstacles qui entravaient auparavant le cours de l'ondée sanguine.

Au total, les effets qu'on est en droit d'attendre de la médication si simple, dont nous venons de faire l'exposé sommaire, peuvent se résumer ainsi :

1° *Activité plus grande des combustions vitales, d'où diminution de la surcharge graisseuse de tout le corps et notamment des organes internes;*

2° *Augmentation des sécrétions de la peau et des reins et de l'exhalation aqueuse des poumons, d'où résorption des œdèmes et des hydropisies locales;*

3° *Augmentation de l'aptitude respiratoire par exercice graduel du poumon;*

4° *Augmentation de la force des ventricules du cœur, d'où rétablissement de l'équilibre des pressions entre le système artériel et veineux, et régularisation du cours du sang.*

Le dr Lagrange a eu occasion de s'entretenir avec l'inventeur de la méthode.

Œrtel était atteint de déviation de la colonne vertébrale avec surcharge graisseuse du cœur. C'était une double raison pour subir de graves accidents du côté des organes circulatoires et respiratoires. De fait, le distingué professeur était arrivé à un degré avancé d'asystolie. Grâce à la marche méthodique en montagne, aidée, il est vrai, de la réduction considérable des liquides ingérés, le malade se remit, au point de pouvoir faire des ascensions de huit et neuf heures de durée, et il ne présente aujourd'hui aucun symptôme de troubles de la circulation sanguine. C'est également par la cure-de-terrains que le prince de Bismarck a été guéri d'une affection graisseuse du cœur.

Œrtel a fait école et une foule de ses élèves se sont établis sur divers points de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Suisse pour installer la cure-de-terrains. Dans la plupart des villes d'eaux, pour peu qu'elles soient situées dans un pays accidenté, on peut voir une multitude de malades marcher méthodiquement sur des chemins préparés et gradués à cet effet. L'installation est des plus simples. Dans la plupart des cas on a utilisé les chemins déjà tracés. On s'est contenté de les classer suivant leur inclinaison et d'y mettre de distance en distance des bancs de repos. Malgré la simplicité des moyens mis en œuvre pour cette gymnastique naturelle, la cure-de-terrains est soumise à une règlementation très minutieuse.

Dans toutes les localités où se pratique méthodiquement le traitement d'Œrtel, les malades trouvent chez les libraires des plans du pays où des couleurs conventionnelles donnent l'indication du degré de pente des chemins. Souvent aussi on se contente de tracer sur les arbres qui bordent les chemins des bandes de diverses couleurs, chaque couleur ayant une signification conventionnelle, pour indiquer le plus ou moins d'effort que le sujet aura à fournir s'il continue à suivre la route où il s'engage. Dans toutes les contrées boisées où la cure-de-terrains est établie, l'œil du promeneur est attiré par de grands cercles jaunes, verts, rouges, tracés sur le tronc des sapins ou des hêtres, et qui sont des repères permettant aux malades de se rendre compte, avant d'entreprendre une promenade, si le sentier dans lequel ils vont s'engager offre bien un degré d'inclinaison en rapport avec leur degré d'entraînement.

Les villes les plus connues pour leurs cures-de-terrains sont Bade, Reichenhall et Ichl, en Allemagne; Méran et Lemnering en Autriche. Mais à côté de ces stations spéciales, beaucoup d'autres sont fréquentées et il est facile d'en créer partout où le sol est suffisamment accidenté et l'air suffisamment pur. Or, ces conditions se rencontrent aisément et il serait facile d'installer presque partout le traitement d'Œrtel, notamment dans notre pays.

Les *indications de la cure-de-terrains* concernent tous les cas où il est utile d'obtenir les effets généraux de l'exercice,qui consistent essentiellement, comme on le sait, dans une impulsion plus active donnée à toutes les fonctions organiques (respiration, circulation, calorification et sécrétions). Elle peut être utilisée dans bien des cas, par exemple. dans les *affections du cœur et des poumons*, mais c'est surtout dans *l'obésité* que l'on obtient de remarquables résultats,et on sait qu'il n'est guère d'obèse qui ne soit plus ou moins «cardiaque. »

Le prof. Potain est d'avis que le dr Œrtel a raison d'insister sur l'utilité de la marche en plein air, sur la nécessité de déterminer avec

précision et l'inclinaison de la pente et la vitesse de la marche, et de mesurer exactement la longueur de l'espace à parcourir à l'aide de poteaux indicateurs ; toutes conditions, en effet, indispensables à un entraînement méthodique.

Il ne croit pas à la nécessité d'exagérer l'hypertrophie du cœur, mais il considère la marche sur les pentes comme rationnelle. L'effort y est facile à mesurer, et pour produire le même dans une marche sur terrain plat, il faudrait ou la prolonger ou l'accélérer beaucoup ; dans le premier cas elle produirait plus de fatigue, dans le second, beaucoup plus d'agitation du cœur. Enfin, l'habitude de la marche sur les pentes rend la marche en terrain plat, par opposition, si facile qu'elle ne provoque plus aucune réaction cardiaque.

Le prof. Potain insiste ensuite sur l'utilité dans ces sortes d'exercices de ce que le dr Œrtel a appelé l'*expiration saccadée* et de ce qu'il croit préférable de désigner sous le nom d'*expiration retenue* ; voici de quoi il s'agit en réalité : si l'on tente l'ascension très rapide d'une côte raide ou d'un long escalier, on peut à volonté arriver au bout de sa course avec de l'anhélation sans battements de cœur, ou au contraire sans essouflement mais avec des palpitations violentes. Que l'on s'efforce, tout en montant très rapidement d'entretenir une respiration large, profonde et assez rapide ; l'oxygénation du sang ne cessant de s'opérer très complètement, il ne se produira aucun besoin anormal de respirer, aucune anhélation. Mais un flot de sang énorme traverse alors les muscles dans leurs alternatives de contraction et de relâchement, et les appareils valvulaires des veines hâtent encore sa progression comme autant de cœurs disséminés dans les membres. Ce flot, pénétrant sans obstacle dans les cavités thoraciques, se précipite avec violence vers les cavités cardiaques, les distend outre mesure et provoque des systoles énormes.

Que l'on ferme la glotte au contraire pendant la durée de l'ascension et que l'on contracte tous les muscles expirateurs suivant le mécanisme de l'effort, la pression élevée maintenue dans le thorax arrêtera l'afflux du sang veineux, le modérera tout au moins. De plus, le cœur étant extérieurement soutenu par la pression thoracique qui le comprime, cédera moins à l'afflux du sang, se laissera moins distendre et, n'exerçant plus sa propulsion que sur une onde sanguine modérée, cessera d'être soumis à un travail excessif. La respiration y perd, car le sang ne traverse plus le poumon en aussi grande abondance et l'air ne se renouvelle plus que d'une façon insuffisante ; aussi l'insuffisance respiratoire amène bientôt l'anhélation, mais le cœur est préservé. Chez un sujet pour qui cette préservation doit être une préoccupation dominante, il est donc bien que

l'effort léger ressenti par l'ascension d'une pente douce s'accompagne d'un mode respiratoire qui se rapproche de l'expiration d'effort, c'est-à-dire où l'inspiration soit relativement courte, l'expiration au contraire allongée et *retenue*, soit par une occlusion incomplète de la glotte, soit par son ouverture intermittente produisant les *saccades* recommandées par Œrtel, qui ne sont autre chose, après tout, qu'une réduction du « han ! » instinctif des boulangers.

Le prof. Potain se demande jusqu'à quel degré il convient de porter ces exercices et quelle est la mesure qu'il faut leur assigner ; il répond que cette question se pose nécessairement à nouveau à propos de chaque malade ; il n'y a pas à ce sujet de commune mesure.

Œrtel pense que l'exercice doit aller jusqu'à produire des palpitations et il estime même que ces palpitations sont nécessaires au succès de la méthode.

Le prof. Potain adopte une règle différente : il croit qu'il ne saurait y avoir, pour le degré d'exercice utile à l'entraînement, en cette circonstance comme en toute autre, d'autre criterium que celui-ci : l'exercice est bon et convenablement mesuré, lorsque le malaise ou la fatigue qu'il a causés ont entièrement disparu avant que l'exercice soit repris. Il est exagéré et doit être réduit, s'il laisse encore le lendemain et au moment de le reprendre quelque indice de perturbation que décèlent l'examen du pouls et du cœur ou la sensation du malade. C'est d'après cela, à son avis, qu'il convient de se guider. L.

—

LES EXERCICES GYMNASTIQUES DANS LES MALADIES DU CŒUR.

La méthode de thérapeutique des affections cardiaques des frères Schott, que le d^r^ Mœller vient de faire connaître dans un opuscule auquel nous empruntons les détails suivants, comprend comme facteur principal le traitement mécanique.

Celui-ci consiste en exercices corporels que l'on répète généralement une fois par jour et dont la durée varie naturellement suivant le degré de résistance de chaque sujet. Les d^rs^ Schott ont adopté, pour ces séances, ce que les Suédois ont appelé la *gymnastique de résistance* Ce sont des mouvements simples des membres et du tronc, c'est-à-dire des flexions et des extensions, des adductions et des abductions, des rotations et des torsions ; pour produire chacun de ces mouvements, le malade est obligé de surmonter une certaine résistance qui lui est opposée par un aide-gymnase.

Chaque mouvement doit se faire avec énergie, et cependant avec

une grande régularité et une certaine lenteur. C'est précisément pour augmenter la force des contractions musculaires, en même temps que pour les rendre lentes et uniformes, que les d[rs] Schott veulent l'intervention d'un aide qui leur oppose de la résistance.

Il faut que les différentes masses musculaires soient successivement mises en activité, de telle sorte que toutes les parties du corps prennent part aux exercices gymnastiques qui constituent chaque séance.

Le gymnaste doit avoir soin de proportionner l'intensité de la résistance qu'il oppose à l'état des forces du sujet; c'est dire que cette résistance doit varier d'une séance à l'autre, puisque ces exercices amènent peu à peu un développement plus grand des muscles en mouvement.

La résistance sera calculée de telle sorte que le déplacement du membre se fasse lentement, mais régulièrement; elle ne sera jamais assez forte pour arrêter le membre en action, ni pour imprimer au mouvement un caractère plus ou moins saccadé.

Le d[r] Moeller a eu l'occasion de se convaincre par lui-même de la réalité des *effets de cette gymnastique*; ces effets principaux sont les suivants :

Si l'on détermine par la percussion les limites anatomiques du cœur avant et après une séance de gymnastique, on constate qu'il se produit, sous l'influence des exercices corporels, une diminution plus ou moins considérable des cavités du cœur, qui étaient dilatées. Cet effet s'observe dans le cœur droit d'une façon presque constante; le d[r] Th. Schott affirme n'avoir jamais rencontré d'exception; le plus souvent le cœur gauche, s'il était dilaté, subit la même diminution de volume. On peut, dans ces circonstances, reconnaître des diminutions de plusieurs centimètres. Cette conséquence immédiate des mouvements gymnastiques se remarque dans les lésions mitrales non compensées, aussi bien que dans les différentes formes d'insuffisance cardiaque simple.

Ce ne sont guère que les dilatations du cœur gauche, accompagnées de choc cardiaque et de pulsations artérielles exagérés, qui résistent à cette influence de la gymnastique.

En même temps, à l'auscultation on s'aperçoit que les bruits du cœur s'entendent mieux; parfois des bruits anormaux, qui passaient inaperçus avant la séance, deviennent perceptibles après les exercices corporels.

Des modifications se produisent également du côté du pouls, qu se ralentit et devient plus régulier; la pression artérielle augmente.

Les mouvements respiratoires se ressentent de tous ces changements; ils deviennent moins fréquents, plus faciles et plus amples.

Enfin, il n'est pas rare de constater une atténuation des phénomènes de stase sanguine; le foie notamment diminue de volume; les douleurs produites par la congestion hépatique disparaissent; quelquefois une diurèse plus ou moins abondante se manifeste.

Le mode d'action de la gymnastique sur le cœur est facile à interpréter. La dilatation des cavités cardiaques tient à ce que celles-ci sont gorgées d'un sang dont l'organe ne parvient pas à se débarrasser complètement, parce que sa force est insuffisante pour triompher de l'obstacle qui s'oppose au cours régulier du sang. La gymnastique provoque des contractions plus énergiques du cœur; l'aorte se remplit mieux et l'action cardiaque, plus énergique, triomphe de la pression artérielle qui est augmentée. L'engorgement des cavités du cœur diminue ou disparaît; dès lors le volume de cet organe tend à reprendre ses dimensions normales.

Les effets consécutifs du traitement de Schott sont à peu près ceux de la cure-de-terrains selon la méthode d'Œrtel : la gymnastique est, avant tout, un tonique du cœur. Elle amène graduellement un développement plus considérable des fibres musculaires cardiaques, de telle sorte que l'organe est mieux à même de surmonter les obstacles qui entravent la circulation du sang. Il ne peut évidemment être question d'une diminution des lésions organiques elles-mêmes, sur lesquelles les exercices musculaires, si rationnels qu'ils puissent être, n'ont aucune action.

Les bains salés gazeux qui constituent l'autre facteur de la méthode de Schott produisent des effets en tout semblables à ceux de la gymnastique : sous leur influence les contractions du cœur se régularisent, elles augmentent d'énergie: le pouls se relève, devient plus fort, plus plein; en un mot la circulation du sang se fait plus facilement et plus régulièrement.

D'après les auteurs, cette méthode de traitement est indiquée dans toutes les affections du cœur, dans les maladies valvulaires du cœur droit aussi bien que dans celles du cœur gauche, dans les névroses du cœur de même que dans les lésions organiques, dans les dilatations cardiaques dues à un surmenage, dans la maladie de Basedow et, mais avec réserve, dans l'angine de poitrine : il faut également être très réservé dans l'application de cette thérapeutique aux cas d'artériosclérose, lorsque celle-ci a atteint un haut degré. L.

MALADIES DU CŒUR ET GROSSESSE.

Les femmes atteintes d'une affection cardiaque ne se comportent pas toutes de la façon, lorsqu'elles deviennent enceintes; le d[r] Vinay établit à cet égard trois catégories de cas.

Un premier groupe renferme les cas assez nombreux où l'affection cardiaque, latente avant la fécondation, continue à l'être pendant la grossesse, le travail et les suites de couches. Ces cas sont incontestablement plus nombreux qu'on ne l'a admis jusqu'à ce jour.

Un second groupe renferme les cas où le fonctionnement du cœur n'est troublé que faiblement et pour la première fois au cours de la gestation. Sans être aussi favorable que pour la catégorie précédente, le pronostic reste cependant bénin, parce que l'insuffisance cardiaque est peu marquée, qu'elle peut être atténuée par le repos et le traitement médical et que les accidents disparaissent à la suite de l'accouchement.

Le dernier groupe se rapporte aux cas où l'on voit se dérouler l'ensemble des accidents gravido-cardiaques et dont la terminaison est fatale à une époque plus ou moins éloignée de la conception. Il est facile de voir que cette dernière catégorie a surtout attiré l'attention des médecins et leur a fait conclure à l'aggravation constante des maladies du cœur pendant la grossesse.

L'existence ou l'absence d'albuminurie est un élément important du pronostic. La présence de l'albumine dans les urines dans une cardiopathie indique toujours une insuffisance avancée du myocarde et un défaut de compensation, et, chez les femmes enceintes plus particulièrement, elle a une signification fâcheuse en raison de son retentissement sur le fonctionnement du cœur même.

Quelle doit être maintenant la réponse à la question de savoir si on peut permettre le mariage à une jeune fille atteinte de lésion cardiaque, quelle qu'en soit la nature. On connaît la formule si nette de Peter : fille, pas de mariage; femme, pas de grossesse; mère, pas d'allaitement. Jaccoud est moins absolu, il admet des tempéraments et cherche à distinguer selon les cas. Si la malade n'a jamais souffert et que les lésions soient bien compensées, il n'y a pas de raison pour interdire le mariage; on tiendra compte toutefois de la position sociale de la jeune fille, selon qu'elle sera obligée ou non de travailler quand elle deviendra enceinte : Jaccoud va plus loin, il croit que certains accidents d'asystolie, comme l'œdème léger des malléoles, les palpitations, ne sont pas des contre-indications au mariage; on ne devra reculer que dans les cas où il y a de la dyspnée, des hémoptysies et des symptômes bien nets d'asthénie cardiaque.

M. Vinay se rattache à l'opinion de Jaccoud et a vu trop de cardiopathes supporter la grossesse et accoucher sans accidents, pour défendre absolument le mariage aux jeunes filles atteintes de maladies du cœur.

Seulement pour autoriser le mariage il exige que les lésions soient

compensées, qu'il ne soit survenu à aucune époque des accidents graves d'asystolie, et surtout qu'il n'existe pas d'albuminurie.

En somme, il n'y a pas de règles absolues et chaque cas veut être examiné en particulier.

Le prof. Leyden qui vient de traiter le même sujet n'est pas aussi optimiste que le d^r Vinay ; il commence par établir en se basant sur une série d'observations que les femmes atteintes de maladies du cœur conçoivent aussi facilement et aussi fréquemment que les femmes saines; qu'elles sont plus sujettes à l'avortement et que la gestation les expose au danger d'une aggravation plus ou moins notable, passagère ou permanente, de leur affection.

En somme, leur vie est menacée et la mort survient fréquemment dans les cas graves soit, mais rarement pendant la gestation, soit plus fréquemment pendant l'accouchement, soit et le plus souvent immédiatement ou peu de temps après la délivrance.

Les affections les plus redoutables à cet égard sont les lésions des valvules mitrales, notamment les rétrécissements; les causes de la mort sont habituellement l'œdème pulmonaire ou la paralysie cardiaque.

Parmi les cardiaques qui se relèvent de leurs couches en apparence sans dommage, il en est même un bon nombre dont la lésion reste en réalité définitivement aggravée.

Aussi, le prof. Leyden est d'avis que le médecin doit en général déconseiller le mariage aux jeunes filles et la grossesse aux femmes atteintes de lésions valvulaires. L.

—

TRAITEMENT DU RHUMATISME CHRONIQUE.

C'est à tort, écrit le d^r Dujardin-Beaumetz, dans le *Bullet. génér. de thérap.* qu'on a voulu imposer un traitement unique à des affections d'origines différentes, et il groupe sous les trois chefs suivants les diverses affections auxquelles on a attribué le nom commun de rhumatisme chronique.

1° Le rhumatisme caractérisé essentiellement par la déformation des articulations : c'est le rhumatisme déformant, le *rhumatisme noueux*.

2° *Le rhumatisme articulaire à marche chronique*, succédant à un rhumatisme articulaire franc, et entraînant l'impotence des membres atteints.

3° Les manifestations multiples à marche chronique du rhumatisant, ou l'*arthritisme*.

A chacun de ces états, correspond une thérapeutique spéciale.

Rhumatisme noueux. L'évolution de la maladie est toute spéciale : ici, pas de rhumatisme articulaire aigu, pas de lésion cardiaque. Frappant les individus débilités et affaiblis, le rhumatisme déformant est, comme on l'a dit, la goutte des femmes; sa marche est progressive, et, une fois une déformation acquise, nous n'observons jamais de tendance à la guérison, mais plutôt, au contraire, une aggravation progressive de cette déformation.

La médication qui s'adresse au rhumatisme déformant est exclusivement dirigée contre les troubles de nutrition, et c'est *l'arsenic* et les *iodures* qui paraissent donner, dans ces cas, les meilleurs résultats, non pas qu'ils opèrent directement sur l'élément rhumatismal, mais parce qu'ils combattent l'état de dystrophie auquel on attribue la cause des lésions articulaires.

L'arsenic s'administre sous forme, soit de liqueur de Fowler, d'arséniate de soude ou d'acide arsénieux.

Souvent, à la suite du traitement arsenical, on voit les phénomènes douloureux prendre plus d'acuité; il faut alors abandonner l'arsenic et revenir à l'iode et aux iodures.

Lassègue préférait la teinture d'iode, qu'il donnait aux repas dans un vin sucré à la dose de 5 à 20 gouttes, et même davantage, puisqu'il a pu atteindre, dans certains cas, la dose de 6 grammes en vingt-quatre heures.

Contrairement à l'avis qui prévaut quelquefois, le d[r] Dujardin-Beaumetz prétend que l'iode n'est pas supérieur aux iodures, d'une part, et, de l'autre, que ce médicament, même mélangé au vin, irrite toujours l'estomac.

On devrait donc préférer, selon lui, les iodures et ne pas dépasser certaines doses; 1 gramme par jour est la quantité moyenne à employer.

Le *salicylate* et ses succédanés ne donnent dans le rhumatisme déformant aucun résultat; s'ils rendent, de même que l'*antipyrine*, la *phénacétine* et l'*exalgine*, des services pendant les périodes douloureuses de la maladie, c'est comme médicaments analgésiques qu'ils agissent, et ils n'ont pas d'action spéciale sur l'élément primordial de l'affection; l'auteur recommande notamment la phénacétine pour les moments de crises.

A la médication interne, il faut joindre une *hygiène alimentaire spéciale* qui, à l'inverse de celle des goutteux, doit consister en viandes rôties et saignantes, en légumes verts, en vins généreux, et dans l'usage du lait pendant les périodes où le malade est soumis au traitement ioduré.

Le traitement est complété par une *médication externe* dont le

massage, l'*électricité* et la *balnéothérapie* constituent la partie essentielle; nous y reviendrons plus loin.

Le dr Dujardin-Beaumetz déclare que pour sa part il a toujours vu cette sorte de rhumatisme, une fois les déformations acquises, ne jamais rétrocéder, et tout ce que nous pouvons espérer obtenir, c'est d'empêcher le mal de progresser et d'envahir d'autres articulations.

En résumé, nous avons bien peu d'action sur le rhumatisme déformant, et l'on peut dire que toutes les médications, même les plus actives, ont échoué. Quelquefois, par la marche même de la maladie, nous assistons à de longues périodes d'état stationnaire, puis la maladie reprend de nouveau une marche progresssive, sans que nous puissions affirmer d'une façon certaine que la médication ait eu un rôle prépondérant dans cette succession de périodes d'états et de périodes d'accroissement de la maladie.

Rhumatisme articulaire chronique. Ici, la déformation ne prédomine pas, mais il se produit de la sécheresse des séreuses articulaires ; les muscles des articulations atteintes s'atrophient, d'où impotence fonctionnelle plus ou moins accentuée. La maladie marche par bonds; elle rétrocède quelquefois sous l'influence d'une thérapeutique spéciale, pour réapparaître de nouveau, presque toujours précédée d'une poussée aiguë.

Dans ces attaques successives, le cœur peut être atteint et les articulations subir des modifications plus ou moins profondes. Ce rhumatisme, par sa chronicité et par l'impotence qu'il détermine dans les articulations atteintes, se rapproche beaucoup du rhumatisme déformant; il s'en éloigne cependant par les faits suivants : d'abord, il succède manifestement à des poussées de rhumatisme articulaire aigu ; les altérations qui l'accompagnent portent, non seulement sur les articulations, mais encore sur les muscles qui s'atrophient avec une extême rapidité

Il est néanmoins des cas où ce rhumatisme est pour ainsi dire chronique d'emblée.

La thérapeutique peut intervenir avec quelque succès dans le rhumatisme articulaire chronique. Si la *médication salicylée* n'arrête pas l'évolution du rhumatisme comme dans les cas de rhumatisme articulaire franc, elle soulage le malade. Cette même médication agit préventivement, et elle empêche les nouvelles poussées rhumatismales; l'auteur donne dans les périodes chroniques 1 à 2 gram. par jour de salicylate, ou bien encore l'*asaprol*, et quelquefois, mais plus rarement, la *phénacétine*.

On a aussi vanté, dans cette sorte de rhumatisme, certains médicaments qui s'adressent plus spécialement à la goutte, mais qui, cepen-

dant, agissent quelquefois favorablement dans les périodes de chronicité du rhumatisme, et pour éviter le retour des rechutes.

Parmi ces remèdes, il en est un aujourd'hui très répandu, quoiqu'il constitue un remède secret : c'est *la poudre de Pistoïa* dont on fait aujourd'hui des imitations, non seulement dans la pharmacie, mais encore dans un certain nombre de couvents; nous en avons indiqué la composition dans la *Revue;* le d[r] Dujardin-Beaumetz pense que l'efficacité de la poudre résulte de la persistance avec laquelle les malades prennent ce médicament, qui leur est vendu pour une année par le couvent italien de ce nom; il ajoute qu'on a cité quelques cas d'empoisonnement par ce médicament.

Il cite une autre plante qu'on a beaucoup vantée dans ces sortes de rhumatisme; c'est la *fleur de fève.*

D'après le d[r] Simon, dans un article où il s'occupe du traitement du rhumatisme chez les enfants, il est une substance qui se recommande entre toutes à l'attention des praticiens : c'est la teinture de *colchique* ou toute autre préparation de colchique; le colchique sans action dans le rhumatisme aigu serait au contraire excellent dans le rhumatisme chronique.

Ce qui constitue néanmoins essentiellement la cure de ce rhumatisme, c'est la médication *externe*, et c'est ici que sont surtout applicables, avec avantage, le massage, l'électricité et la balnéothérapie.

L'auteur met en première ligne le *massage* méthodiquement employé, fait avec prudence, en dehors des périodes de poussées articulaires; la massothérapie combat non seulement l'impotence fonctionnelle des articulations, mais surtout l'atrophie musculaire qui accompagne ces sortes d'arthrites. Aussi, le massage doit-il porter non seulement sur l'articulation, mais plus particulièrement sur les groupes musculaires qui l'entourent.

Il a moins de confiance dans *l'électricité*, qui ne s'adresse qu'à l'élément musculaire atrophié, et l'on comprend que, par des courants continus ou lentement interrompus, on puisse modifier heureusement l'état des muscles atrophiés.

La *balnéothérapie* est d'une utilité incontestable, c'est ici qu'on a à étudier les eaux thermales et les autres bains; selon le d[r] Dujardin-Beaumetz, ce sont les stations d'Aix, de Bourbonne, de Plombières et de Dax qui triomphent dans ces sortes de rhumatisme.

Les *bains de vapeurs* et les *sudations sèches* ont été aussi grandement conseillées, dans le rhumatisme chronique en général, mais dans la forme dont il s'agit, l'auteur les croit peu indiqués, et cela surtout parce qu'ils affaiblissent le malade par des déperditions sudorales trop abondantes.

Dans le *régime alimentaire* de ces malades, sans supprimer les viandes noires et le vin, le d[r] Dujardin-Beaumetz conseille le régime mixte, dans lequel les légumes entreront pour une grande part; il croit aussi que la trop grande variété des mets, en excitant les fonctions digestives d'une manière exagérée, est défavorable ainsi que tous les mets trop relevés.

De plus, il y a un intérêt réel à faire fonctionner activement les différents émonctoires de l'économie et, en particulier, le tube digestif et les reins. Pour les premiers, il faut régulariser les garde-robes et en déterminer une à deux chaque jour par des *laxatifs* appropriés; pour les seconds, les *boissons diurétiques*, telles que le vin blanc, le lait, sont ici tout à fait indiquées.

Arthritisme. Peu ou pas de manifestations articulaires, mais, en revanche, douleurs musculaires, névralgies multiples, dermalgie, phénomènes congestifs, etc., cortège habituel des rhumatisants, et qui constituent par leur ensemble un état de mal chronique.

Dans cette forme, c'est l'état diathésique qu'il faut combattre, et si la médication salicylée peut donner des résultats dans les périodes aiguës de poussée rhumatismale, c'est surtout ici les *eaux thermales* et l'*hygiène alimentaive* qui doivent dominer. Cependant, contre les douleurs musculaires et névralgiques d'origine rhumatismale, à côté du *salicylate* de soude et de l'*asaprol*, il faut placer l'*antipyrine* et surtout la *phénacétine*.

Un des inconvénients de l'antipyrine est, selon l'auteur, son action très nette sur la diminution de la sécrétion urinaire. Chez le rhumatisant, n'oublions jamais, écrit-il, qu'il faut, autant que possible, favoriser les voies d'élimination, et comme le rein est la plus importante de ces voies, nous avons intérêt à pousser aux urines. C'est le même intérêt qui doit nous guider dans l'administration des *laxatifs* chez les rhumatisants, qui doivent aller régulièrement tous les jours à la garde-robe, et il faut que cette dernière soit abondante et semi-liquide.

C'est toujours le même but que nous voulons atteindre, lorsque nous favorisons les fonctions de la peau du rhumatisant, et c'est ici que se place l'indication des *bains de vapeur*, des *bains russes*, et surtout de l'*hydrothérapie*.

Qu'on utilise la douche tiède ou la douche écossaise, et même la douche froide, on en tire souvent un excellent parti dans la cure de cette diathèse, en régularisant ainsi les fonctions de la peau, et en évitant ces poussées de sueurs qui, par leur évaporation, sont la cause d'accidents plus ou moins graves.

Quant aux eaux thermales, le d[r] Dujardin-Beaumetz signale surtout Plombières, Aix, Bourbonne et Bourbon-Lancy; il pense toutefois

que dans cette action des eaux thermales en général, c'est surtout la température de l'eau qui a un rôle prépondérant. Il n'y a pas de meilleur exemple à citer que Plombières, dont les eaux contiennent si peu d'éléments minéralisateurs, et qui, grâce à leur hyperthermie, n'en ont pas moins une action non douteuse sur la diathèse rhumatismale et sur quelques unes de ses manifestations viscérales, et en particulier sur les troubles intestinaux.

On peut en conclure que l'eau chaude employée à domicile peut remplacer en partie les eaux minérales.

A propos du régime alimentaire, l'auteur signale le fait que les différentes toxines introduites dans le tube digestif ou fabriquées par lui sont une cause d'aggravation chez les rhumatisants. Il faut donc, à son avis, supprimer du régime alimentaire toutes les substances pouvant renfermer des ptomaïnes toxiques : pas ou peu de gibier, grande réserve sur le poisson, et ne le manger qu'excessivement frais, plus grande réserve encore pour les mollusques et les crustacés, prudence extrême avec les champignons, les fromages avancés ; se montrer au contraire très large pour les légumes frais, les potages maigres, les purées de légumes, le laitage, les fruits, etc.

On se rapproche ainsi du ***régime végétarien*** dont l'auteur est un des plus chauds partisans, bien entendu au point de vue thérapeutique.

L.

—

DE L'OPPORTUNITÉ DE L'INTERVENTION DANS LES BLESSURES DU CERVEAU PAR BALLES DE REVOLVER.

Nous avons relevé dernièrement l'opinion du prof. Bergmann sur cette question, qui vient de venir en discussion à la Société de chirurgie de Paris.

Le prof. Delorme a cherché à arriver à une solution par la voie de l'expérimentation; il s'est servi d'un revolver du calibre de 7 millimètres, lançant un projectile pesant 3 grammes; son tir s'est effectué sur des crânes de cadavres frais, dont le cerveau présentait, par conséquent, une consistance normale, et les balles ont été lancées à la distance rapprochée à laquelle, d'ordinaire, dans les suicides ou les tentatives d'homicide, on décharge l'arme.

Les expériences n'ont pas été très nombreuses, mais il a cru inutile de les multiplier à cause de la similitude des résultats obtenus ; il en a voulu dégager quatre données importantes en l'espèce :

1° *La facilité extrême avec laquelle le cerveau se laisse traverser par les instruments explorateurs*; ceux-ci ont fait des fausses routes totales on partielles. Toujours ils ont aggravé les dégâts produits par la balle et les esquilles.

Cette facilité extrême avec laquelle on produit des fausses routes s'explique très aisément. Le trajet cérébral creusé par la balle n'est pas béant ; ses parois sont accolées et les résistances à la pénétration de l'instrument n'existent plus qu'au niveau des cloisons dure-mériennes. Pour le moins, on s'expose donc à traverser tout un lobe.

2° *Il existe des esquilles volumineuses et nombreuses dans le trajet*, et surtout au-delà des limites du trajet parcouru par le projectile ; elles représentent pour le moins un volume égal à celui du projectile, le plus souvent un volume très supérieur. Or, ces esquilles ne sont pas quantité négligeable au point de vue des conséquences du traumatisme, puisqu'elles sont plus mal tolérées que les balles.

3° *Il est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible de trouver une balle de revolver de commerce profondément engagée dans le cerveau ;* dans aucune de ses expériences, l'auteur n'a pu en démontrer la présence ; il se demande s'il en est toujours ainsi, et n'est disposé à admettre une exception que quand il s'agit de balles animées d'une faible vitesse ou tirées à longue distance qui pénètrent moins profondément.

4° *Il est plus difficile encore de retrouver toutes les esquilles intra-cérébrales* que le projectile ; la raison en est que les esquilles sont pour la plupart encastrées dans la masse cérébrale en dehors du trajet parcouru par le projectile. Après avoir été, un instant, chassées au devant du projectile, elles sont refoulées, projetées latéralement, excentriquement, puis abandonnées par lui, au delà des limites du champ d'exploration de la sonde, chacune au fond du trajet particulier qu'elles se sont creusé. De semblables esquilles ne peuvent déjà que très difficilement être recueillies sur le cadavre après le sacrifice voulu et possible de la masse cérébrale ; il serait impossible de les enlever sur le vivant.

Il est vrai que la projection des esquilles fait défaut, lorsque la vitesse du projectile est faible.

Le prof. Delorme conclut que l'exploration, dans les pénétrations du crâne par balles de revolver du commerce, est dangereuse, incertaine, inutile, quand le trajet est profond, la balle tirée de près, l'orifice d'entrée large, égal ou supérieur au diamètre de la balle. Dans ces conditions, cette exploration immédiate de tout le trajet, dans les cas les plus heureux, ne permettrait pas, en effet, de reconnaître tous les corps étrangers nocifs (balle, esquilles nombreuses, semis de cheveux).

Dans les conditions contraires, la recherche est permise, avec la réserve de la conduire avec la prudence excessive qu'impose la mollesse, la pénétrabilité de la masse cérébrale.

En ce qui concerne l'indication tirée des dimensions de l'orifice d'entrée, notons que, d'après l'auteur, ces dimensions diminuent avec la vitesse du projectile, de sorte qu'avec un orifice de dimensions égales et surtout supérieures au projectile, on a tout lieu de croire que celui-ci est logé profondément.

Comme l'a fait observer le d[r] Reclus, dans la question de l'intervention, il est surtout important de bien distinguer le mode d'origine des accidents. Les uns peuvent résulter du passage du corps étranger à travers les tissus ; les autres de son séjour au sein même de ces tissus ; en ces différents cas on ne doit pas se comporter de la même manière.

Si l'on a des raisons sérieuses de penser que les tissus blessés ont été infectés, si l'on constate que des esquilles donnent lieu à des phénomènes de compression, si ces mêmes phénomènes sont notés par la formation d'un foyer hémorrhagique, il croit qu'on serait coupable de ne pas tenter une trépanation ; dans ces trois cas il faut intervenir.

Mais, si après la pénétration d'une balle dans le cerveau, il ne se produit aucun accident, il croit préférable d'attendre et souvent la suite vient donner raison à cette abstention.

Le d[r] Delorme a aussi entrepris des recherches en vue de savoir si le projectile est oui ou non aseptique ; il en est résulté :

1° Que des balles de revolver extraites des boîtes qui les renferment, et non tirées, sont tantôt septiques et tantôt aseptiques ; que tirées presque à bout portant dans des manchons d'ouate tassée, aseptique, elles sont le plus souvent septiques, mais qu'elles peuvent être aseptiques ; 2° que l'action des gaz de la poudre ne détruit pas la septicité d'une balle infectée par culture. Mais tout en accordant à cette septicité primitive de la balle, à celle qui peut résulter de son contact avec la coiffure avec la peau et les cheveux, en accordant à cette septicité une valeur qui n'est pas toujours en concordance avec les constatations cliniques, lesquelles montrent des guérisons si fréquentes sans intervention, l'auteur persiste à croire que les dangers de la recherche d'une balle profondément engagée forcent le chirurgien à ne pas en tenter l'ablation, quelque désirable que celle-ci puisse être.

D'autres chirurgiens qui ont pris part à la discussion ne se sont pas montrés aussi réservés que le d[r] Delorme au sujet des indications de l'intervention.

Le d[r] Quénu considère comme sage et prudente la conduite du chirurgien qui, loin de se fier à l'asepsie d'une plaie du crâne par balle, s'assure qu'au moins le foyer osseux est libre de corps étranger, le régularise et en fait l'hémostase et la désinfection, Dans maint cas de plaies par balles de revolver et d'autres armes dont la force de

pénétration est minime, il sera possible de retrouver le projectile soit dans l'épaisseur de l'os, soit à sa face profonde; il sera possible encore de retirer un fragment d'os, des débris de coiffure, des cheveux, et d'antiseptiser la plaie.

Il estime qu'ainsi traité, un blessé se trouvera beaucoup plus à l'abri des accidents que celui auquel on se sera contenté d'appliquer un pansement sur le cuir chevelu.

La plaie est-elle plus profonde, la balle a-t-elle pénétré dans la substance cérébrale? Si la balle est aseptique, l'intervention n'aura rien enlevé aux chances de guérison; si la balle s'est infectée en traversant la peau, il est incontestable qu'avec un débridement de la dure-mère et une brèche à la calotte crânienne, le malade sera dans de meilleures conditions pour résister à la suppuration de son foyer que celui chez lequel on ne sera intervenu qu'après le signal donné par la céphalalgie et par la fièvre.

On ne saurait du reste trop se pénétrer de cette idée, à savoir que les conditions du traumatisme au point de vue de l'asepsie ont dans l'occurrence plus d'importance que la présence du corps étranger; je rappellerai que dans un cas dont l'observation détaillée a été publiée dans la *Revue* il y a plusieurs années, la trépanation que j'ai pratiquée a vraisemblablement sauvé le malade non pas en permettant d'enlever le corps étranger, mais en faisant découvrir dans la masse cérébrale un morceau de la casquette du blessé qui serait devenu à peu près fatalement le point de départ d'une méningo-encéphalite. Mon opéré qui conserve la balle dans le cerveau depuis plusieurs années n'a pas cessé de se bien porter.

Le prof. Brouardel a cité à la Société de médecine légale deux faits qui prouvent bien la tolérance du cerveau à l'égard des projectiles.

Dans le premier il s'agissait d'un maniaque du suicide chez lequel il trouva — en plus du projectile qui avait finalement entraîné la mort — trois autres balles provenant de tentatives antérieures de suicide. Deux s'étaient logées et incrustées dans le temporal; la troisième s'était enkystée dans le cerveau.

Dans un autre cas, un ancien sous-officier, dont il fit aussi l'autopsie, se tira, sur les remparts, en vue de deux ou trois cents personnes qui certifièrent le fait, un premier coup de révolver de onze millimètres au milieu du front. Il ne tomba pas. Il se tira alors une seconde balle dans l'oreille. Il resta encore debout. Enfin, un troisième coup tiré dans la bouche, de bas en haut, le jeta cette fois à terre. Si ce drame ne s'était pas déroulé à la vue de nombreux témoins, on aurait difficilement pu croire qu'il s'agissait d'un suicide, en raison des trois blessures, de leur siège, et du calibre des projectiles.

L.

DE L'EMPLOI DES POMMADES.

Les pommades sont une des préparations les plus employées par la médication externe, que le dr Dujardin-Beaumetz étudie dans le *Bulletin de thérap.*; elles consistent dans le mélange intime d'une substance médicamenteuse avec un corps gras.

Selon l'excipient, il divise les pommades en plusieurs groupes :

1° Celles qui ont pour base l'axonge : ce sont les pommades proprement dites;

2° Celles dont l'huile est l'excipient : ce sont les cérats et les liniments;

3° Les pommades composées avec la glycérine : ce sont les glycérés;

4° Celles dont la vaseline est le véhicule : ce sont les pétrolés;

5° Celles qui emploient un nouveau corps gras introduit en thérapeutique, la lanoline : ce sont les lanolés;

6° Enfin, à tous ces groupes il faudrait ajouter les rétinolés, qui ont pour base le rétinol associé à la cire.

Pommades proprement dites. L'axonge était le corps gras jadis de beaucoup le plus employé; mais l'introduction de la vaseline, d'une part, et de la lanoline, de l'autre, dans la confection des pommades, tend chaque jour à en diminuer l'usage.

L'axonge est de la graisse de porc; elle présente un sérieux inconvénient, commun à la plupart des graisses d'origine végétale ou animale : c'est de s'oxyder et de rancir. Pour éviter cet inconvénient, on ajoute à l'axonge de la teinture de benjoin à la dose de 5 grammes par kilogramme; c'est ce qu'on décrit sous le nom d'*axonge benzoïnée*, et cette addition empêche son rancissement.

Cérats. Les cérats sont encore plus délaissés que les pommades à base d'axonge, et l'introduction des antiseptiques en chirurgie a fait bannir cette préparation des pansements externes, où elle était autrefois universellement employée.

L'auteur rappelle que le pansement des plaies avait autrefois pour base le cérat et les cataplasmes; aujourd'hui, il ne reste plus des cérats que des préparations utilisées surtout en parfumerie. C'est le cérat à la rose ou pommade rosat qu'on applique sur les lèvres, et le cold-cream.

Glycérés. La glycérine a remplacé la graisse dans bien des préparations à cause de ses propriétés dissolvantes très énergiques; chimiquement pure, elle doit être neutre, malheureusement, très souvent, elle est impure, et donne alors une réaction acide non douteuse.

Les glycérés comprennent deux groupes : les glycérolés qui ont comme excipient la glycérine liquide, et les glycérats dont la glycérine

a été solidifiée par l'amidon. L'usage est toutefois de donner au mélange de glycérine et d'amidon le nom de glycérolé.

Pétrolés. La vaseline que le d[r] Dujardin-Beaumetz propose d'appeler plutôt la pétroléine, le mot vaseline indiquant une marque commerciale, est tirée des pétroles et constitue un corps onctueux parfaitement incolore lorsqu'il est pur, coloré en jaune lorsque la purification n'est pas parfaite; c'est le meilleur des excipients pour les pommades, et cette supériorité, il la doit surtout à ce fait que, constituant un corps minéral, il est inoxydable, et que, de plus, il se mélange parfaitement bien avec les substances médicamenteuses, et, enfin, il est parfaitement neutre.

Ces raisons ont fait substituer la vaseline à l'axonge dans les pommades en général.

Lanolés. La lanoline est extraite du suint de mouton ; cependant elle a très peu d'odeur. C'est un corps onctueux qui a la consistance des corps gras, mais qui partage avec la vaseline cet avantage de ne pas rancir.

Ce qui fait surtout sa supériorité, ce sont les deux propriétés suivantes : la lanoline est miscible avec l'eau et les solutions aqueuses, d'une part, et, de l'autre, elle constitue des pommades très adhérentes à la peau.

Rétinolés. On vient d'ajouter aux précédents un sixième groupe, comprenant l'emploi du rétinol, substance retirée de la colophane et introduite par Vigier dans la pharmaceutique. On unit le rétinol à la cire, et ce nouveau mélange permet de constituer avec les essences une pommade que Lucas-Championnière emploie comme antiseptique dans le traitement des plaies.

A côté des pommades, le d[r] Dujardin-Beaumetz place les baumes et les liniments qui ont, avec les pommades, des points de contact très nombreux et qui servent aux mêmes usages.

Des baumes. Pharmaceutiquement parlant, on ne doit donner le nom de *baumes* qu'aux substances qui contiennent de l'acide benzoïque ou de l'acide cinnamique, c'est-à-dire le baume du Pérou et le benjoin, qui contiennent de l'acide benzoïque, et le baume de Tolu, qui renferme l'acide benzoïque et l'acide cinnamique.

Mais, par suite d'une interprétation différente de ce mot, on l'a appliqué à bien d'autres substances ; c'est surtout à la médication externe et en particulier aux pommades et aux liniments auxquels on attribuait des vertus très actives que ce mot a été appliqué.

L'auteur signale le baume de Nerval, qui tient à la fois de la pommade par la moelle de bœuf qu'il renferme, des liniments par l'huile d'amandes douces qui entre dans sa composition, et enfin des baumes véritables par le baume de Tolu qu'il contient.

Un autre baume très répandu, c'est le baume opodeldoch, qui se présente sous deux formes, la forme solide et la forme liquide.

On donne aussi le nom de baume à des liniments et à des alcoolats ; comme exemple des liniments, il y a à citer surtout le baume tranquille, et comme exemple des alcoolats, le baume de Fioravanti.

Le baume tranquille porte aussi le nom d'*huile de belladone composée ;* il résulte de l'association des solanées avec des plantes aromatiques.

Ce liniment a une belle couleur verte, qu'il doit, non pas aux plantes qui entrent dans sa composition, mais bien à cette circonstance qu'on fait cuire l'ensemble dans une bassine en cuivre. Constanty a montré que, lorsqu'on se sert d'un autre vase, la coloration verte est à peine appréciable.

Quant à l'alcoolat de Fioravanti dit *baume de Fioravanti*, il a une composition encore plus complexe que le baume tranquille; mais la partie efficiente ou active est constituée par de la térébenthine de mélèze qui entre dans sa composition.

Les *huiles médicinales* ont pour excipient l'huile d'olives, ou encore l'huile d'amandes douces; on donne le nom de *liniments* aux huiles médicinales composées, tel le liniment calcaire dont on usait beaucoup autrefois dans le traitement des brûlures.

L'auteur n'insiste pas sur les avantages des pommades appelées à modifier la peau ou bien à calmer la douleur, ou encore à provoquer une légère congestion de la surface cutanée. Les pommades nous rendent journellement d'utiles services ; mais il faut reconnaître qu'on les a beaucoup exagérés.

L'ancienne pharmacopée était encombrée de ces prétendus baumes à vertus héroïques, qui enlevaient avec une extrême rapidité les rhumatismes, la goutte, etc. Aujourd'hui encore, nous voyons un grand nombre de masseurs soutenir qu'ils ont des formules spéciales de liniments qui augmentent de beaucoup leur pratique de massage, ce qui est une profonde erreur ; ces liniments ne jouent aucun rôle curateur dans la massothérapie.

La peau revêtue de son épiderme n'absorbe pas les solutions médicamenteuses, elle peut cependant, grâce surtout aux conduits sudoripares, laisser pénétrer certains corps mélangés aux graisses, et il y a à signaler, à ce propos, l'énergie d'action des frictions mercurielles.

D'autres substances peuvent aussi, pense l'auteur, pénétrer par la peau, mais en très faible quantité, le laudanum, par exemple, et encore le fait n'est-il pas bien certain, et en définitive, sauf les préparations mercurielles, l'absorption par la peau intacte est un fait exceptionnel.

On a prétendu, dans ces derniers temps, comme nous l'avons rapporté, que l'acide salicylique était absorbé par la peau.

En résumé, sauf l'action modificatrice de la peau, les pommades agissent dans la cure des douleurs rhumatismales ou autres bien plus par la friction qui est par elle-même une manœuvre de massage qui atténue les phénomènes douloureux, et par la révulsion qu'elles déterminent sous l'influence de leur action irritante locale, que par la pénétration de leurs principes actifs dans l'économie.

Les pommades ont des inconvénients bien atténués, il faut le reconnaître, depuis l'introduction de la vaseline et de la lanoline ; autrefois, l'axonge, en rancissant, irritait la peau par suite de la production d'acides gras. Elles salissent les objets qui touchent aux malades ; leur adhérence à la peau est quelquefois très faible, aussi dans le traitement des affections cutanées, on abandonne de plus en plus les pommades pour adopter les emplâtres adhésifs. L.

LAVAGE DE L'ESTOMAC A L'AIDE DE L'IRRIGATEUR.

Le prof. Litten se sert exclusivement depuis deux ans et demi dans sa policlinique de l'irrigateur pour le lavage de l'estomac ; le tube en caoutchonc est pour cet office formé de deux parties : la première, celle à introduire dans la bouche, a une longueur de 80 centimètres à peu près, l'autre, celle qui s'attache à l'irrigateur, est munie du robinet : les deux parties peuvent à volonté être rattachées l'une à l'autre ou séparées par l'intermédiaire de deux petits tubes en caoutchouc durci qui s'emboîtent l'un dans l'autre.

On commence par fixer les deux parties du tube ; on introduit le bout approprié dans l'estomac, on ouvre le robinet, et, quand la quantité passée dans l'estomac est suffisante, on ferme le robinet et on rompt la communication entre les deux parties du tube ; puis on abaisse rapidement le tube qui se rattache à la sonde stomacale. Un tube en verre d'une longueur de 10 centim. placé sur la partie stomacale du tuyau en caoutchouc, permet de reconnaître la nature du liquide qui s'écoule hors de l'estomac. Veut-on introduire dans l'estomac une nouvelle quantité de liquide, il suffit de réajuster les deux pièces de la partie moyenne et d'ouvrir le robinet. La lumière du conduit sera celle de la sonde stomacale ; il faut surtout que l'ouverture d'écoulement ne soit pas plus grande, sinon l'air y pénètre et vient contrarier l'effet de siphon. Grâce à cette disposition, le lavage se fait très rapidement et très commodément, ce qui est avantageux surtout lorsqu'il y a un grand nombre de patients à soigner ;

en outre ceux-ci peuvent se soigner seuls, dès qu'ils savent s'introduire eux-mêmes la sonde, ce qui arrive après quelques essais. En ouvrant doucement le robinet on peut modérer l'irruption brusque du liquide dans l'estomac. Le liquide évacué de l'estomac ne retourne jamais dans l'irrigateur ; et en somme l'auteur n'a eu qu'à se louer de l'emploi de l'irrigateur pour le lavage de l'estomac. L.

—

OVULATION ET MENSTRUATION.

On a cru jusque dans ces derniers temps que la menstruation comprenait deux actes concomittants et liés entre eux par des rapports de causalité : la déhiscence d'un ovule de Graefe parvenu à maturité — et la desquammation et l'hémorrhagie de la muqueuse utérine.

M. le Dr Raymond (1) après avoir longtemps partagé l'opinion classique des physiologistes, s'est rangé à l'opinion des gynécologistes qui disent : les deux phénomènes peuvent ne pas être synchrones; l'ovulation est une fonction constante, mais irrégulière de l'ovaire.

On n'admet plus que les règles soient l'analogue du rut des animaux. On sait que les ovaires contiennent des ovules murs longtemps avant la puberté : on en a trouvés chez des fœtus de 8 mois et chez des femmes de 70 ans. Chez la femme en bonne santé, dit Blandsutton, de 10 à 50 ans on peut toujours trouver un ovule à maturité et sa présence au moment d'une menstruation est une coïncidence.

Pourquoi donc, se demande M. Raymond, la fécondation se produit-elle de préférence pendant ou après la menstruation? C'est qu'il est nécessaire pour la vitalité de l'œuf que la muqueuse utérine soit dans certaines conditions et ces conditions se rencontrent à cette période.

Les laparotomies, si communes de nos jours, sont appelées à faire la lumière complète sur le fonctionnement des ovaires.

E. H.

—

OPÉRATIONS CONSERVATRICES SUR L'OVAIRE.

M. J. Pozzi (Ann. Gynéc., 1893, p. 172) rappelle aux chirurgiens que les opérations radicales ne sont justifiables que pour autant qu'elles soient nécessaires. Pourquoi sacrifier l'organe tout entier quand le sacrifice d'une partie suffit. Que d'ovaires on a enlevés pour quelques petites kystes, au lieu d'enlever les kystes et de laisser la partie saine de la glande! Pozzi a raison : s'il s'agissait de testicules,

(1) Journal des *Sciences méd.* de Lille, 1894, p. 203.

au lieu d'ovaires, on se montrerait beaucoup plus ménager! Un stylet poussé par le pavillon de la trompe s'assure de la perméabilité de celle-ci; puis on résèque sur l'ovaire la partie malade : kyste, zône limitée de sclérose et on suture la plaie au catgut. Pozzi de plus fixe sur le moignon ovarien le pavillon de la trompe par quelques points de suture. Est-ce bien nécessaire? Il substitue fréquemment l'ignipuncture à la résection avec le couteau du thermocautère, il ouvre tous les petits kystes et brûle leur cavité.

Des opérées de Martin, une sur cinq est devenue enceinte. Les 12 opérés de Pozzi ont guéri et ont obtenu le même bénéfice que celles auxquelles on pratique le castration. E. H.

TRAITEMENT DES PYOSALPINX.

D'après G. Wackerhagen. Dans les cas *anciens*, la laparotomie est la seule méthode à employer, en raison des adhérences que la trompe a contractée dans le voisinage.

Dans les *récents*, pour éviter l'ouverture du péritoine, l'auteur tâche d'obtenir l'évacuation de la collection purulente par la matrice et le vagin.

Antisepsie vaginale rigoureuse. Badigeonnage de la cavité utérine avec une tige entourée d'ouate trempée dans l'acide phénique pur; dilatation utérine progressive et complète et irrigation après chaque séance. Dès que le cathéter entre facilement, le pus commence à couler et la poche diminue graduellement jusqu'à disparaître.

Après chaque séance application contre le col d'un tampon de glycérine boratée et alunée. On l'enlève le matin et l'on pratique une injection vaginale avec la solution boro-salicylée.

L'auteur déclare ne pouvoir expliquer le mécanisme de l'action de son traitement. Peut-être la distension des fibres musculaires du col amène-t-elle un relâchement de l'orifice utérin de la trompe?

L'idée et, à quelques détails près, le procédé opératoire, appartiennent, croyons-nous, à notre compatriote, M. le Dr Walton.

E. H.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 27 janvier 1894.

MM. Verstraeten, professeur, et Vanderlinden, assistant à l'Université de Gand, se déclarent les auteurs du mémoire envoyé au concours sur les fonctions du corps thyroïde, qui a reçu une récompense à ce

concours. Ils acceptent de modifier leur travail dans le sens des observations présentées par la Commission — L'ouverture du pli cacheté qui était joint au mémoire confirme la déclaration des auteurs.

1. Rapport de la Commission à laquelle a été envoyé l'examen de la note de M. le dr J. Thibaut, à Gosselies, portant pour titre : *Nouvelle méthode pour évaluer la quantité de sang en circulation dans l'organisme.* — M. Boddaert, Rapporteur.

M. le dr Thibaut emploie, pour l'évaluation de la quantité de sang du corps, un procédé nouveau rentrant dans la méthode indirecte. Il se base sur la relation étroite qui existe entre la respiration et la circulation, et arrive, par une série de calculs, à un chiffre de 4,876 grammes, un peu inférieur à celui qui est généralement admis.

La Commission estime que des calculs de ce genre, basés sur des données approximatives, ne peuvent produire que des résultats de même nature. Elle reconnaît cependant que le procédé de M. Thibaut est ingénieux et estime que son travail peut être accueilli favorablement par l'Académie.

Elle propose d'adresser des remerciements à l'auteur et de publier sa note dans le *Bulletin*. Adopté.

2. Rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner la note de M le professeur A. Van Gehuchten, à Louvain, intitulée : *Contribution à l'étude du faisceau de Meynert ou faisceau rétro-réflexe.* — M. Rommelaere, Rapporteur.

La connaissance de la structure des différents organes qui entrent dans la constitution des centres nerveux a fait de grands progrès dans ces dernières années, grâce aux méthodes nouvelles que l'on a appliquées et aux documents que l'histologie, la physiologie et la pathologie ont fournis.

Parmi ces modes d'investigation, il en est deux surtout qui ont jeté une certaine lumière sur bien des points obscurs : c'est l'étude des dégénérescences secondaires à la suite de lésions déterminées par la maladie ou par la physiologie pathologique ; c'est, d'autre part, l'introduction de la méthode de Golgi dans la technique micrographique.

M. le professeur Van Gehuchten insiste avec raison sur l'importance de ces moyens ; il en a tiré un parti remarquable dans le travail manuscrit qu'il soumet à l'Académie et dans lequel il étudie, par des travaux originaux, la structure et la fonction du *faisceau rétro-réflexe de Meynert*. Il considère ce faisceau comme constitué de fibres nerveuses descendantes, à conduction centrifuge, et il le range à côté de la voie motrice centrale longue, admise par tous parmi les voies motrices centrales courtes qui relient les masses grises inférieures de l'axe cérébro-spinal aux noyaux d'origine des nerfs.

Nous aurions été heureux que l'auteur nous eût communiqué d'une manière plus détaillée les recherches qui lui ont permis de formuler la conclusion qu'il nous communique et qu'il eût joint à son travail une représentation graphique indiquant les rapports anatomiques du ganglion de Meynert.

Comme cette donnée anatomique est propre à l'auteur, nous comprenons qu'il ait jugé convenable de ne pas attendre la rédaction complète de son travail pour en porter les conclusions à la connaissance du monde scientifique.

C'est le motif qui nous engage à vous proposer l'insertion de la note de M. le professeur Van Gehuchten dans notre *Bulletin* et, en lui adressant nos remerciements pour son travail original, de lui exprimer le désir de lui voir continuer ses communications sur un terrain scientifique qu'il a si largement contribué à féconder.

— Ces conclusions sont adoptées.

1. *Note au sujet d'un traitement d'accidents de la scoliose;* par M. Casse, Membre titulairre.

M. Casse fait une communication au sujet d'un traitement d'accidents de la scoliose. Chez les tout jeunes enfants qui présentent une difformité considérable irréductible du thorax, l'auteur propose de réséquer une partie de côtes dans le but d'obtenir une modification de la difformité.

Il a pratiqué chez un enfant de 4 ans la résection de 2 centimètres de la cinquième côte, 3 centimètres de la sixième, 2 1/2 centimètres de la septième, et 2 centimètres de la huitième côte.

Il s'est basé, pour justifier l'opération qu'il a pratiquée, sur ce fait que, lorsque l'on fait une opération d'Estlander, le côté opposé au côté malade présente souvent une scoliose, et d'autre part, sur ce que la diminution de longueur des côtes devait amener une modification avantageuse de la difformité. Dans le but d'arriver au meilleur résultat, et pour éviter la régénération périostique des morceaux de côte enlevés. il a pratiqué la suture costale. Le résultat a été très avantageux. L'auteur présentera l'enfant à l'Académie lorsque le résultat acquis pourra être considéré comme définitif.

2. *L'influenza*; par M. Boëns, Correspondant.

Qu'est-ce que l'influenza? Selon M. Boëns, ce n'est pas une maladie proprement dite, mais simplement la *cause* d'une foule de maladies différentes. L'auteur analyse l'histoire scientifique de l'influenza ou de la grippe, et il constate que cette histoire se résume ainsi, d'après les travaux les plus récents : symptomatologie embrassant quasi tout le cadre nosologique, origine inconnue, diagnostic différentiel impossible, pronostic inappréciable, traitement indéterminé.

Voici ses conclusions : L'expression populaire *influenza*, synonyme d'*influence*, devrait rester dans la science pour désigner avec une épithète caractéristique certains états morbides spéciaux dans le cours des grandes épidémies cholériques, typhoïdes, varioliques, etc., qui peuvent être considérés tantôt comme une atteinte légère, tantôt comme les symptômes initiaux d'une atteinte sérieuse, grave, de la maladie régnante. Il y a certainement une influenza cholérique, une influenza typhoïde, une influenza rubéolique, diphtéritique, etc., avant ou durant le cours de chacune de ces épidémies.

Quant à l'*influenza* de nos hivers et de nos saisons anormales, nom donné généralement aujourd'hui à la *grippe démodée*, ce n'est ni une

maladie, ni un farfadet (Broussais), mais simplement la *cause* passagère d'une foule de maladies différentes, n'ayant entre elles aucun lien, aucun rapport cliniques.

3. *Sur l'interprétation du tracé cardiographique*; par M Léon Fredericq, Correspondant.

L'auteur montre que le tracé de pression intra-ventriculaire du chien présente à chaque systole ventriculaire : 1° une ligne d'ascension brusque *bc* (début de la systole); 2° un plateau plus ou moins horizontal *cde*; 3° une ligne de descente brusque *ef* (relâchement du muscle cardiaque, fin de la systole) se terminant par : 4° une onde positive *f*. Cette onde *f* correspond, non à la clôture des valvules sigmoïdes artérielles (qui se fait au début de la ligne de descente *ef*), mais au flot de sang qui pénètre de l'oreillette dans le ventricule au moment de la diastole.

Le tracé du choc du cœur recueilli chez le chien au moyen de l'explorateur à coquille de Marey, appliqué à l'extérieur, contre la paroi thoracique *droite*, est presque identique de la courbe de pression. On y reconnaît également l'ascension *bc*, le plateau ondulé *cde*, la descente *ef* et l'ondulation finale *f*. Fréquemment, la ligne d'ascension *bc* présente en *b'* (entre *b* et *c*) une dépression correspondant à l'ouverture des sigmoïdes artificielles et à la pénétration de l'ondée ventriculaire dans l'artère pulmonaire ou l'aorte. Fréquemment aussi, le plateau *cde* est légèrement incliné ou excavé, conformément à la diminution de volume du cœur.

Si le bouton du cardiographe ne presse pas directement dans la substance du cœur, si on l'éloigne plus ou moins du point où se sent le mieux le choc du cœur, on obtiendra des tracés de plus en plus déformés sous l'influence des variations de volume du cœur. Le plateau *cde* se creusera, l'ondulation finale *f* augmentera d'importance, se fusionnera plus ou moins avec le plateau, qui se trouvera ainsi allongé et ne correspondra plus au plateau du tracé de pression intra-cardiaque. Si l'on recule davantage la capsule exploratrice, on recueillera des pulsations négatives, dont le début correspondra à l'ouverture des sigmoïdes artérielles, et la fin à l'ondulation *f*.

Ces tracés atypiques donnent plus ou moins raison à ceux qui nient l'identité du tracé du choc du cœur et du tracé de pression ventriculaire; ils s'obtiennent facilement, chez le chien, du côté *gauche* du thorax.

A droite, il est toujours possible de recueillir un cardiogramme typique.

4. *Sur l'étiologie et la prophylaxie de la variole*; par M. Schrevens, Correspondant.

M. Schrevens fait remarquer que la mortalité par variole en Belgique, après s'être abaissée notablement depuis 1882, grâce à l'établissement de l'Institut vaccinogène de l'Etat, tend à se relever dans les dernières années, au point d'atteindre en 1892 un chiffre qu'on n'avait plus eu à enregistrer depuis dix ans; l'auteur conclut qu'il est urgent d'aviser à l'organisation plus complète de la prophylaxie de cette maladie; il faut rechercher toutes les causes qui favorisent la

contagion pour les faire disparaître, il faut prévenir toutes les imprudences et les négligences commises si généralement à cet égard.

Les Conseils provinciaux montrent les meilleures dispositions dans l'organisation des moyens de défense à instituer, ils élaborent des règlements généraux sur la vaccination et laissent ainsi espérer à M. le Ministre de l'agriculture de voir la question de la vaccination obligatoire résolue sans l'intervention du pouvoir législatif.

M. Schrevens a eu l'occasion d'étudier, à propos de quatre-vingts cas de variole ou de varioloïde qui se sont montrés à Tournai de janvier 1892 à mars 1893, les différentes conditions qui favorisent la transmission du virus variolique, même dans les localités où le service de vaccination des enfants indigents est le mieux organisé : il préconise sous ce rapport le système établi depuis quinze ans à Tournai et en démontre les heureux effets en comparant les décès amenés dans cette ville par la variole dans les deux dernières périodes décennales : ainsi de 1873 à 1882 on a enregistré à Tournai six cent quatre décès par variole, tandis que de 1883 à 1892, il n'y en a plus eu que sept.

Bien que Tournai se protège efficacement contre la variole, il reste encore certains desiderata que M. Schrevens a pu constater et qui méritent d'attirer l'attention de toutes les administrations communales; sur les quatre vingts cas de variole dont M. Schrevens a étudié l'origine, il y avait dix-huit cas d'importation; le résultat obtenu est donc très satisfaisant, quand on voit une localité ne comprenant que le quart de la population tournaisienne, la ville de Lessines, où une seule importation a suffi pour amener en cinq mois une centaine de cas de variole et dix-neuf décès.

M. Schrevens insiste sur la solidarité qui existe entre toutes les communes en ce qui concerne la prophylaxie de maladies contagieuses, sur les dangers que la négligence de l'une d'elles peut faire courir aux autres; d'où dérive la nécessité d'une surveillance supérieure.

Il explique de quelle façon on élude dans maintes communes rurales le réglement qui défend de recevoir dans les écoles des enfants non vaccinés; il montre le rôle que jouent les varioloïdes les plus insignifiantes dans la propagation de la variole, par suite du peu de défiance qu'elles inspirent; il démontre que si l'organisation du service de vaccination est le premier élément de succès dans la lutte à soutenir contre la variole, il y a lieu, pour toutes les administrations communales, d'assurer mieux l'isolement des malades dans les hôpitaux, d'empêcher avec soin la formation de tout foyer d'infection par la revaccination de toutes les personnes habitant ou fréquentant le milieu où le virus a été apporté, de chercher à éviter les importations si fréquentes par les chiffons, par la batellerie, par les forains.

M. Schrevens cite plusieurs faits qui prouvent que l'administration des postes devrait prendre des mesures préventives au sujet de ses facteurs, que leur tournée appelle dans les localités où la variole existe.

Comme conclusion pratique, M. Schrevens pense que le Gouvernement ferait chose grandement utile en cherchant à renforcer l'action des Conseils provinciaux auprès des administrations communales, et

en adressant à celles-ci une circulaire dans laquelle, après avoir fortement insisté sur l'urgence de l'organisation sérieuse d'un service de vaccination permanent et régulier, il attirerait leur attention sur les desiderata que la prophylaxie de la variole présente encore, même dans les localités où ce service est établi dans les meilleures conditions.

M. Schrevens ne se fait cependant pas illusion sur les résultats de cette dernière expérience, et devant le peu d'empressement que montrent les communes à répondre aux vœux des Conseils provinciaux; il craint que le Gouvernement ne réussisse pas mieux à réveiller leur zèle; il est au contraire persuadé qu'il faudra bien en venir à introduire la vaccination obligatoire dans la loi, à cause de l'insouciance et de l'incurie que manifestent un grand nombre d'administrations communales en fait d'hygiène publique.

DISCUSSION.

Suite de la discussion des rapports de M. Masoin sur l'hospitalisation des épileptiques.

M. Lentz commence par déclarer qu'à son avis, l'Etat n'a ni compétence ni mission pour organiser l'assistance hospitalière et médicale, où rien ne justifie son intervention directe. Il est, de même, peu enthousiaste des vastes établissements que l'on préconise, et qui manquent presque tous de ce facteur si puissant dans le traitement des maladies nerveuses, le régime moral : ce ne sont que de grands corps sans âme, où, à côté de services peut-être grandiosement installés, on ne rencontre pas le moindre sentiment intime, la moindre vie de l'âme, la moindre satisfaction du cœur, toutes ces manifestations de l'activité morale si indispensables à l'existence. Et la liberté? On a l'air d'avoir perdu jusqu'à l'habitude du mot.

En somme, l'Académie se trouve devant deux catégories d'épileptiques, les uns plus ou moins aliénés ou dangereux, les autres calmes et raisonnables. Qu'on enlève de la première catégorie tout ce qui est encore inoffensif et valide, pour le placer, non dans une exploitation agricole où il ne fera rien de bon, mais dans une de nos colonies de Gheel et de Lierneux. M. Lentz s'étend longuement sur les avantages du système de Gheel et sur la différence qui existe entre ce système et ce que l'on entend en général par colonies d'aliénés. Celles-ci ne sont que des asiles fermés déguisés, dont il n'est pas partisan pour les épileptiques calmes, et quant aux névrosiques dangereux, il estime que leur place est toute marquée dans nos asiles d'aliénés actuels.

Pour ce qui est des épileptiques raisonnables et calmes, les uns, encore améliorables, doivent être hospitalisés dans les hôpitaux ordinaires; M. Lentz fait toucher du doigt toutes les conditions hygiéniques et morales, thérapeutiques et diététiques auxquelles doit répondre cette hospitalisation pour être pratique, efficace et réalisable. Quant aux épileptiques inoffensifs et incurables, la place de tous ceux qui ne trouvent plus dans la société une existence tolérable, est à Gheel et à Lierneux; un simple arrêté royal, tout au plus un petit bout de loi, suffirait et, demain, si le Gouvernement le veut, tous ces malheureux, hommes, femmes, enfants trouveront gîte et assistance. M. Lentz montre, en outre, l'avantage du placement dans les hos-

pices et des secours à domicile, et prémunit contre l'abus d'Hoogstraeten auquel la bienfaisance réformatrice suffit amplement; plaçons ailleurs la bienfaisance médicale et hospitalière. L'Académie, termine M. Lentz, devant dans ses vœux se maintenir sur le terrain des principes généraux, pourrait généraliser comme suit les conclusions si pratiques du discours prononcé par M. Semal en 1887 :

1. L'épileptique curable et améliorable, pour autant qu'aucune circonstance de sa maladie ne nécessite de mesure spéciale, doit trouver à l'hôpital toutes les conditions de thérapeutique, physique et morale, diététique et hygiénique nécessaire au traitement de sa maladie.

2. L'épileptique incurable et inoffensif, quel que soit l'état de ses facultés mentales, sera reçu à la colonie de Gheel et de Lierneux, placé dans un hospice local ou assisté à domicile, suivant les conditions de sa maladie, sa situation de famille et les exigences locales.

3. L'épileptique aliéné ou dangereux sera placé à l'asile d'aliénés où une section spéciale lui sera réservée.

M. Lentz termine en souhaitant que l'Académie émette le vœu de voir organiser dans chaque hôpital une section spéciale pour le traitement des maladies nerveuses.

— La suite de cette discussion est remise à la prochaine séance.

COMITÉ SECRET.

1. Dépôt du rapport de la troisième Section sur les candidats présentés pour le titre de Membre titulaire, en remplacement de feu M. Tirifahy, — M. Hubert, Rapporteur.

2. Questions proposées pour être mises au concours :

a. Par la troisième Section :

« Exposer les indications, la technique, les résultats immédiats et les résultats éloignés et définitifs des opérations pratiquées sur les voies biliaires, en se basant autant que possible sur des observations personnelles. »

b. Par la sixième Section :

« Déterminer, autant que possible par des recherches expérimentales, quelles sont, en dehors des maladies suivantes : l'affection morvo farcineuse, la tuberculose, la trichinose, la ladrerie, la rage et le charbon bactéridien, celles dont les altérations doivent faire rejeter de la consommation publique la viande des animaux qui en sont atteints. »

Un prix de 800 francs est attribué à la question émanant de la troisième Section, et un prix de 700 francs pour celle de la sixième Section; la clôture de ces concours est fixée au 15 avril 1895.

VARIÉTÉS.

Richesse en microbes des diverses parties du tube digestif. — Les drs Gilbert et Dominici ont fait des recherches pour montrer que le

nombre des microorganismes que contient le tube gastro-intestinal varie dans ses divers segments.

1° *L'estomac est très riche en microbes.* Il en est ainsi du moins chez le chien. Lorsqu'on sacrifie cet animal de 2 h. 1/2 à 3 h. 1/2 après l'ingestion des aliments, alors que la soi-disant action microbicide du suc gastrique aurait dû s'exercer, on trouve dans le chyme près de cinquante mille bactéries par milligramme.

2° *Le duodénum est de toutes les parties du tube digestif la plus pauvre en germes.* De ce fait l'explication réside sans doute dans la dilution du contenu duodénal par les sucs abondants du foie, du pancréas, et de l'intestin lui-même.

3° *Du pylore jusqu'à la valvule de Bauhin, le nombre des microorganismes ne cesse de s'accroître.* Il est plus élevé dans le jéjunum que dans le duodénum, dans l'iléon que dans le jéjunum. Dans l'iléon, le nombre des microbes s'élève à cent mille par milligramme.

4° *Brusquement, à partir du cœcum, les germes se font plus rares ;* leur nombre, toutefois, reste supérieur à celui des microbes du duodénum ; mais il descend notablement au-dessous de celui des microbes de l'estomac. Chez le chien, dans le gros intestin comme dans les matières fécales, on trouve de vingt à trente mille bactéries par milligramme. Les colonies liquéfiantes très nombreuses dans l'estomac, nombreuses encore dans l'intestin grêle, disparaissent dans le gros intestin presque entièrement. Il faut vraisemblablement chercher dans l'appauvrissement du contenu intestinal en matière nutritive la raison de cette raréfaction des bactéries. On conçoit que la concurrence vitale entre les germes en devienne plus active et que la disparition des espèces et des individualités chétives en soit la conséquence.

Le nombre des microbes varie aussi dans les limites très étendues d'une espèce animale à l'autre ; le tube digestif du lapin ne contient qu'un très petit nombre d'organismes; celui de l'homme est d'une exceptionnelle richesse. Dans les feces humaines existent de 70 à 80 mille germes et chaque jour, par la voie intestinale, l'homme élimine de 12 à 15 milliards de bactéries.

—

Valeur des mains et des doigts. — Il est très utile, au point de vue des indemnités à allouer à des ouvriers blessés, de savoir ce que vaut tel ou tel membre. Une Compagnie d'assurances allemande pour les mineurs a fait une échelle dont nous extrayons les renseignements suivants :

La perte de la main droite diminue de 70 à 80 % la capacité de travail d'un ouvrier, tandis que la perte de la main gauche n'en représente que 60 à 70 %. La perte du pouce déprécie de 20 à 30 % la valeur productrice, l'index droit vaut 14 à 18 %, le gauche de 8 à 13.5 % et le médius de 10 à 16 %. L'annulaire est côté le plus bas, 7 à 8 %. Le petit doigt vaut de 9 à 12 %.

DU PANSEMENT ANTISEPTIQUE.

Au temps où je faisais mes études médicales, il n'y a pas vingt ans, on ne connaissait guère, en fait de matière à pansement, que la charpie, et son emploi s'est si bien identifié avec la pratique de la chirurgie qu'il m'arrive encore de temps en temps, lorsque j'opère dans la clientèle privée, d'en trouver une provision soigneusement préparée par les gens de la maison non initiés aux progrès de l'antisepsie.

Pour la préparation de la bonne charpie, de la charpie d'élite, comme on l'appelait, les traités classiques d'alors avaient soin de recommander que le linge fût à demi-usé, par conséquent qu'il eût servi, mais à peine ajoutaient-ils qu'il fallait le mettre à la lessive au préalable.

Dans les hôpitaux, les opérés tuaient le temps que leur laissait la fièvre à tirer péniblement le fil des petits carrés de linges qu'on leur remettait, et les petits pelotons de charpie qui sortaient de leurs mains souillées — car qui se serait avisé à cette époque de leur dire de les laver? — traînaient sur le lit, sur les meubles, à terre, un peu partout, jusqu'au moment où l'infirmière songeait à les ramasser dans des paniers pour la provision.

En temps de guerre ou de calamité, on faisait appel, au nom de la philanthropie, à la générosité et au zèle des particuliers, mais, si le linge utilisé était plus fin, s'il était manipulé par des mains plus délicates et quelquefois par des mains habituellement gantées, la charpie qui s'amassait dans les ambulances n'en valait guère mieux.

Au surplus, à supposer qu'elle fût pure à l'origine, la charpie était fatalement souillée avant d'arriver sur la plaie.

Dans les salles de malades, elle remplissait de grands bacs en bois ouverts à toutes les souillures, qu'on promenait d'un lit à l'autre et dans lesquels le chirurgien puisait à pleines mains; seulement, avant d'appliquer la charpie, il la disposait avec art et c'était merveille de le voir de ses mains habiles confectionner à l'aide de la matière informe un élégant gâteau, un plumasseau ou une pelote.

Cela fait, il saisissait la spatule en bois, plongeant dans l'indispensable et répugnant pot à cérat dont était munie la boîte à charpie, étalait proprement sur une des faces du gâteau la matière grasse, souillée de poussières ou d'autres impuretés, qui avait la vertu sublime de modérer l'inflammation et de prévenir tous les maux issus du traumatisme, et finalement, en bourrait la plaie, qu'on n'avait garde de réunir alors.

Il ne lui restait plus qu'à dérouler, suivant des règles bien précises et que pour tout au monde il n'eût voulu enfreindre, des bandes pour fixer la charpie. Et quelles bandes? De vieux morceaux de linge tachés par la rouille ou par le perchlorure de fer — qui jouait, à cette époque où les hémorragies consécutives étaient la règle sur les plaies rongées par la pourriture d'hôpital, un rôle de premier ordre dans les pansements — rajustés pièce par pièce, préparés et conservés avec le même soin que la charpie !

Et pour comble, la besogne était sans cesse à recommencer : une fois par jour au moins, souvent deux fois, jusqu'à trois fois — selon l'abondance de la suppuration, — il fallait renouveler le pansement, tout élégant qu'on eût cherché à le faire !

Ceux de nos lecteurs qui appartiennent à la génération médicale actuelle auront peine à croire que le tableau n'est pas chargé outre mesure; j'ai fait cependant le récit fidèle de ce que j'ai vu, et, en me rappelant ces souvenirs, je me demande quel génie bienfaisant a protégé ceux qui, en ce temps-là, sont parvenus à s'échapper, la vie sauve, des mains des chirurgiens.

Ce n'est pas que la plupart de ceux-ci méconnussent les défauts du pansement classique.

Frappé des résultats des sections sous-cutanées qu'il avait vulgarisées, Jules Guérin avait imaginé un appareil pneumatique faisant le vide autour des plaies pour les soustraire au contact de l'air; Langenbeck avait poursuivi le même résultat en préconisant l'immersion continue des plaies dans l'eau; Bouisson avait cherché à réaliser artificiellement la guérison sous-crustacée, ce procédé naturel si parfait de cicatrisation, en desséchant les sécrétions au moyen d'un courant d'air frais chassé par un soufflet; les uns avaient pensé qu'il serait bon d'entretenir une température tiède et uniforme autour des parties

blessées, et avaient inventé les pansements à l'air chaud, les pansements par les irrigations ou les fomentations tièdes ; d'autres avaient trouvé au contraire préférable de soustraire du calorique aux tissus divisés, afin de diminuer les phénomènes inflammatoires, et ils avaient conseillé l'immersion dans l'eau froide ou l'irrigation continue.

Mais, à l'exception peut-être de l'irrigation continue, qui a rendu jadis des services dans les plaies contuses des extrémités, aucune de ces innovations n'était parvenue à se faire accepter, et le seul progrès marquant réalisé dans l'art des pansements avant Lister avait été précisément de supprimer le pansement et de laisser la plaie à découvert.

Le *pansement à ciel ouvert*, introduit par Rose, commençait en effet à donner des résultats inouïs jusqu'alors et nul doute qu'il fût devenu bientôt d'un usage universel, si la méthode antiseptique n'eût été découverte.

Ainsi, à une époque où la plupart des opérateurs perdaient au-delà de la moitié de leurs amputés, Burow était arrivé, grâce au pansement à découvert, à ne plus avoir qu'une mortalité de 7,5 p. c.

On peut juger par ce détail des méfaits dont a été responsable autrefois le pansement à la charpie.

La supériorité du pansement à découvert sur l'ancien pansement ne surprendra personne, si je rappelle que l'infection par voie atmosphérique est une quantité négligeable, et sans doute, il valait mieux laisser les plaies exposées à l'air que de les recouvrir d'un matériel de pansement fatalement infecté, et permettre au pus de s'écouler librement au dehors au lieu de l'emprisonner sous la charpie.

A présent, je n'ai pas besoin de le dire, le pansement dit antiseptique est le seul qui doive retenir notre attention ; tous les autres n'ont plus qu'un intérêt historique.

Ce n'est pas qu'il faille exagérer l'importance du pansement, à l'imitation d'Alphonse Guérin ; en recouvrant les plaies, l'opération terminée, d'une épaisse couche d'ouate, ce praticien s'était imaginé pouvoir les préserver de l'infection.

Mais, à quoi pouvait servir ce pansement, eût-il été aseptique dans le sens indiqué par son inventeur, si la plaie était infectée pendant l'opération, comme elle l'était à coup sûr, par les mains du chirurgien, par les instruments, par les éponges ?

Le *pansement ouaté* n'était pas sans mérite sans doute : en substituant un pansement unique formé d'une substance, comme l'ouate, à l'origine peu suspecte de souillure, aux pansements journaliers à la charpie, il supprimait une cause d'infection, mais ce n'était pas de loin la seule, ni la plus importante.

Ceci soit dit pour l'édification de ceux qui croient pouvoir négliger les préceptes les plus élémentaires de l'asepsie dans le cours d'une opération, parce qu'ils ont à leur disposition quelques pièces de pansement étiquetées antiseptiques à appliquer finalement sur la plaie :

Une plaie suturée après une opération rigoureusement aseptique est à peu près sûrement à couvert de l'infection, quel que soit le pansement, tandis que le meilleur pansement antiseptique ne peut pas grand chose pour prévenir l'infection, si la plaie a été souillée pendant l'opération.

Il n'en est pas moins vrai que le pansement a, dans la méthode antiseptique, un rôle à remplir, tout accessoire qu'il soit, à savoir, celui d'assurer la réunion par première intention et l'évolution aseptique des plaies ; pour cela, il doit réaliser dans sa composition et dans sa préparation certaines conditions que je vais exposer.

I. *De l'occlusion par le pansement.*

La fonction la plus élémentaire que le pansement est destiné à remplir, celle qui a été comprise dans les temps les plus reculés et même chez les sauvages, celle que les chirurgiens eux-mêmes ont envisagée pendant longtemps comme la plus importante, consiste à mettre la plaie à l'abri de l'influence des agents extérieurs.

Privée de pansement, la plaie serait exposée sans défense aux insultes mécaniques, tels que les chocs, les frottements, ou physiques, telles que les alternatives incessantes de chaleur et de froid ; il en résulterait de la douleur, et le plus souvent un retard ou une perturbation quelconque du travail de la réparation.

Les occasions diverses d'infection venues du dehors seraient bien plus à redouter encore ; c'est ainsi qu'au début de la méthode antiseptique, on a principalement visé à écarter de la plaie au moyen du pansement les germes contenus dans l'atmosphère.

Ce fut l'idée qui guida Alph. Guérin, lorsqu'il imagina le pansement ouaté ; les expériences ingénieuses de Pasteur avaient montré qu'il suffisait d'obturer d'un tampon d'ouate le goulot des flacons renfermant des liquides organiques stérilisés au préalable pour les préserver de la putréfaction, la ouate retenant au passage tous les germes organisés; Guérin pensa pouvoir de la même façon empêcher la décomposition des sécrétions des plaies.

Après lui, Lister lui-même s'appliqua au moyen des pièces de pansement à empêcher les germes aériens de pénétrer jusqu'à la plaie; à cet effet, il enveloppait soigneusement de gaze sur une très grande étendue la région traumatisée, cherchait à combler toutes les dépressions et toutes les fissures par où des germes auraient pu se glisser, et recouvrait le tout d'une feuille de tissu, à la fois imperméable aux liquides et impénétrable aux microbes, le mackintoch.

Écoutons Nussbaum, un des premiers vulgarisateurs de la méthode de Lister :

« Le pansement doit s'appliquer exactement au corps et être vraiment occlusif..... il doit, point important, désinfecter tout l'air qui arrive jusqu'à la plaie à travers le pansement poreux ».

Mac Cornac, auteur d'un des premiers manuels d'antisepsie, et directement inspiré par Lister écrivait ceci :

« Le pansement doit dépasser, de deux ou trois travers de main, et même plus, selon les circonstances, les extrémités de la plaie, dans les endroits où les mouvements du corps sont nombreux, il convient de maintenir les bords de l'appareil sur la surface de la peau par un bandage de tissu élastique.

» Les bandes élastiques, dit-il ailleurs, sont employées pour fixer les bords du pansement sur les points où l'on peut craindre que les mouvements du corps le fassent soulever et facilitent ainsi l'arrivée de l'air sur la plaie ».

Et ailleurs encore : « Il faut toujours avoir soin de constater que la pièce de mackintosch qu'on emploie est intacte et qu'elle n'est pas perforée, même par un trou d'épingle. La moindre petite ouverture pourrait donner accès à l'air extérieur et compromettre le succès du pansement ».

Toutes ces précautions nous paraissent bien futiles, maintenant que

nous sommes fixés sur l'innocuité des germes aériens ; il ne faudrait pas aller cependant jusqu'à prétendre que les poussières atmosphériques peuvent se déposer impunément sur une plaie ; il n'est pas impossible que ces poussières renferment dans certaines circonstances des microbes pathogènes, et, en toute hypothèse, elles représentent des corps étrangers irritants et nuisibles.

A plus juste titre encore que les poussières atmosphériques, il faut écarter de la plaie les souillures que les contacts inévitables avec des objets d'une asepsie douteuse, tels que les mains, les vêtements, les literies, viendraient y déposer.

Le premier objet du pansement est donc de protéger la plaie contre les influences extérieures nuisibles ; mais, il suffit pour cela qu'il recouvre la ligne de suture et la peau voisine dans une certaine étendue et en même temps n'exerce sur elles aucune action irritante mécanique ou chimique, il n'est nécessaire ni qu'il filtre l'air de ses germes ni qu'il lui ferme l'accès de la plaie.

Le pansement simplement occlusif peut être très élémentaire, et il ne manque pas de lésions accidentelles ou de plaies opératoires qui s'en accommodent parfaitement ; on imite en quelque sorte la nature qui guérit sans le secours d'un pansement, par la formation d'une croûte protectrice, la plupart des blessures insignifiantes ou superficielles.

C'est ainsi que, depuis un temps immémorial, on a l'habitude de recouvrir certaines plaies d'un morceau d'emplâtre agglutimatif, ou de taffetas, en guise de pansement, mais ces substances ne sont pas recommandables parce qu'on ne peut compter sur leur asepsie ; on les remplacera par le collodion qui donne à cet égard toute garantie, soit le collodion élastique simple, soit — ce qui vaut mieux encore comme sécurité — le collodion iodoformé (1 p. 10).

Le *pansement au collodion* ne convient naturellement qu'aux plaies réunies en totalité, et, quand la chose est possible, il vaut mieux se servir de sutures au catgut ; l'hémostasie sera faite avec soin, et, pour tarir le dernier suintement sanguin, on exercera au moyen d'un tampon de gaze une compression assez énergique sur la plaie pendant quelques instants après la pose des sutures ; en effet, l'occlusion par le collodion se fait mal, si le sang continue à suinter pendant l'application du pansement.

Le collodion est passé rapidement à l'aide d'un pinceau aseptique sur la ligne de suture et la peau voisine, soit directement, soit par l'intermédiaire d'une languette de gaze ; il se forme instantanément une pellicule adhérente et solide, que l'on détache au bout de 5 ou 6 jours pour enlever les sutures, ou qui se détache d'elle-même un peu plus tard entraînant les nœuds de catgut, si cette substance a été employée pour les sutures.

J'apprécie beaucoup les avantages du pansement au collodion iodoformé : à l'inverse du pansement ordinaire fixé à l'aide de bandes, qui recouvre nécessairement une surface assez étendue, est encombrant et gênant pour le malade, il est peu visible, très propre, tient peu de place et laisse libre toutes les fonctions; c'est particulièrement sur les parties découvertes, à la face, sur le cuir chevelu et sur les extrémités des membres qu'il est précieux pour ce motif.

En outre, grâce à son imperméabilité; il met la plaie à couvert des liquides septiques qui viennent dans certaines circonstances inévitablement imprégner le pansement, comme au voisinage de la bouche ou du nez, de l'anus et des organes génitaux; chez les enfants en particulier qui se souillent constamment d'urine ou de matières fécales, le pansement au collodion est susceptible d'applications très étendues.

Dans tous les cas, pour recourir à ce mode de pansement, il est requis que la plaie ne fournisse pas de sécrétions trop abondantes et surtout qu'elle soit aseptique.

Si des exsudats sont déversés en grande quantité, comme ils ne peuvent filtrer à l'extérieur entre les points de suture, ils provoquent de la douleur, décollent les tissus et la réunion est compromise; c'est bien pis encore, s'ils contiennent des microbes pathogènes, car la suppuration avec tous ses dangers est alors inévitable.

Ce sont là les raisons pour lesquelles le pansement au collodion si simple et si commode n'est pas plus souvent employé; on le réserve surtout aux plaies superficielles et peu étendues, au moins chez nous; à Berlin, j'ai vu Olshausen mettre simplement pour tout pansement une couche de collodion sur la ligne de suture après les laparotomies; lorsqu'on ne sera pas sûr de l'asepsie des tissus, il sera toujours plus prudent de recourir au pansement absorbant.

II. *De l'absorption par le pansement.*

Ce n'est plus, comme autrefois, en vue exclusivement de satisfaire aux exigences de la propreté que le pansement est chargé de recueillir les sécrétions de la plaie, mais avant tout en vue d'assurer la prompte réunion des tissus divisés, et de prévenir les complications qui pourraient résulter d'une asepsie insuffisante.

Non-seulement les sécrétions traumatiques sont dépourvues de toutes propriétés plastiques, mais, comme je l'ai dit déjà, en s'interposant entre les surfaces divisées, elles s'opposent à leur accollement; en outre, comme elles ne sont presque jamais parfaitement aseptiques, elles risquent d'infecter l'économie, lorsqu'elles stagnent dans les tissus.

Sans doute le drainage a pour mission de parer à ces inconvénients, mais j'ai montré que le drainage apporte avec lui plus d'un inconvénient sérieux.

En réalité, c'est grâce à l'absorption des sécrétions par le pansement que le drainage a pu être supprimé dans la plupart des cas.

Le pansement de Lister était défectueux sous ce rapport : la petite languette de soie imperméable, désignée sous le nom de *protective*, qui recouvrait la ligne de suture et les bords de la plaie dans une certaine étendue, contrariait dans une large mesure l'issue des sécrétions dans l'intervalle des points de suture et il n'y avait que les drains pour conduire celles-ci au dehors; souvent même, en dépit du drainage, elles stagnaient dans la plaie.

Aussi les chirurgiens furent-ils de bonne heure convaincus des inconvénients du protective et sa suppression fut la première modification apportée au pansement de Lister.

A présent, on recherche, comme matériaux de pansement des substances douées d'une grande avidité pour les liquides et qui, en cette qualité, aspirent, par les intervalles laissés entre les points de suture, les sécrétions à mesure qu'elles se forment; jusque dans sa plus grande profondeur de la plaie les surfaces bourgeonnantes sont ainsi tenues constamment en contact intime et se sondent avec la plus grande rapidité ; la formation de clapiers et la résorption consécutive de liquides toujours septiques à un certain degré deviennent impossibles.

Ce sont les lois de la capillarité qui conduisent ainsi les sécrétions de proche en proche dans les pièces de pansement ; Rönnberg a distingué sous ce rapport deux sortes de capillarité ; celle que possèdent par leur simple aggrégation toutes les substances, minérales ou organiques, divisées en menus fragments, les liquides filtrant entre les diverses particules ; puis, celle que certaines substances possèdent en vertu de leur structure, grâce à la présence de pores ou de canaux de petite dimension.

Une condition favorable, sinon indispensable, à l'absorption est la *compression* exercée sur les parties au moyen des pièces de pansement ; c'est la compression qui fait tarir le dernier suintement sanguin qui adosse exactement les surfaces et qui chasse les exsudats au dehors au fur et à mesure de leur production. Vu ses avantages, la compression exercée par le pansement devra toujours être assez énergique ; il suffit qu'elle ne provoque aucune douleur et ne gêne pas la circulation ; elle sera, pour cela, avant tout, élastique et uniforme.

Les substances absorbantes proposées pour le pansement sont très variées et on a même cherché à déterminer expérimentalement leur valeur respective.

Ainsi, Rönnberg a évalué la quantité absorbée par diverses substances imprégnées jusqu'à saturation et trouvé ainsi que l'ouate hydrophile, absorbant vingt cinq fois son poids d'eau, venait en première ligne ; après elle, certains produits retirés du bois par des procédés spéciaux et qui ne sont pas entrés dans la pratique l'ouate de cellulose et l'ouate de bois ; en troisième lieu, la laine de bois, un produit commercial dont je reparlerai plus loin, et la gaze, qui absorbent l'une et l'autre dix fois leur poids d'eau ; en quatrième lieu et à peu près sur la même ligne, la tourbe, la sciure de bois et le jute ; enfin, les cendres de charbon qui absorbent deux fois leur poids d'eau seulement.

Dans une seconde série d'expériences, l'auteur s'attacha à réaliser dans la mesure du possible, des conditions analogues à celles qui se présentent dans le pansement ; il remplit successivement de diverses substances modérément tassées un cylindre de verre, et plongea une des extrémités du cylindre tenu verticalement dans du sang ou un autre liquide; suivant la hauteur qu'atteignait le liquide dans le

cylindre, il classa de la manière suivante les substances expérimentées, suivant leur pouvoir décroissant d'imprégnation; l'ouate de cellulose, la cendre de houille et la tourbe humide, la laine de bois, la charpie et l'ouate hydrophile, la sciure de bois, le sable; le classement diffère, comme on voit, du précédent.

Ces expériences de Rönnberg et d'autres analogues ne manquent pas assurément d'intérêt, mais en réalité, c'est à l'expérimentation clinique à décider de la valeur respective des divers matériaux de pansement.

En effet, ce n'est pas seulement le coëfficient de saturation ou le pouvoir d'imprégnation de telle ou telle substance qu'il faut envisager, mais encore la faculté qu'elle possède de conserver indéfiniment son pouvoir absorbant, grâce à l'évaporation incessante des liquides absorbés; puis, il faut tenir compte d'autres particularités que du pouvoir d'absorption : ainsi, de la douceur au contact, de la souplesse et de l'élasticité des pièces de pansement, en vue de la compression à exercer de leur volume : on donnera en général la préférence au pansement qui, à pouvoir absorbant égal, occupe le moins de place ; de la simplicité de l'appareil et de la facilité avec laquelle il peut se procurer et s'appliquer, puis enfin, de son prix de revient, il ne faut pas oublier, en effet, que ce sont les pansements qui grèvent le plus le budget des services de chirurgie, et pour la pratique usuelle, le pansement le moins cher sera, à conditions égales, le meilleur.

Gaze. C'est Lister qui a introduit la gaze dans les pansements.

La gaze est un tissu de coton à larges mailles, mieux connu sous le nom de mousseline, fabriqué par l'industrie, mais le produit commercial tel quel ne peut être utilisé par les chirurgiens, parce qu'il est toujours plus ou moins apprêté, c'est-à-dire chargé d'amidon, et que cet apprêt diminue dans une large mesure le pouvoir absorbant du tissu et lui enlève sa souplesse.

On peut débarrasser la gaze de son apprêt en la faisant bouillir dans une lessive alcaline (savon ou sel de soude), mais il est plus simple de se procurer la gaze non apprêtée, qui est appelée ***gaze hydrophile***, parce qu'elle possède une grande affinité pour les liquides.

La gaze hydrophile est aujourd'hui la substance-type en usage pour les pansements; elle se recommande par sa blancheur, sa légèreté,

sa souplesse et son élasticité; elle est bien supportée par les surfaces traumatiques, et par la peau intacte; si bien que, dans la plupart des services richement dotés, elle intervient exclusivement dans la confection de l'appareil; son principal défaut est de coûter assez cher; j'ajouterai que le pouvoir d'absorption de la gaze est inférieur à celui de bien d'autres produits, car c'est entre ses mailles seulement et non dans l'intérieur de ses fibres que s'exerce la capillarité; aussi, elle s'imprègne vite et il faut en dépenser de grandes quantités (1).

C'est donc une raison d'économie qui a guidé les chirurgiens à la recherche de matériaux de pansement capables de remplacer la gaze.

Il ne s'agit pas du reste de supprimer entièrement l'emploi de la gaze; elle est indispensable pour la première couche du pansement, celle qui vient en contact immédiat avec la plaie, ainsi que pour le tamponnement des cavités traumatiques, et cela, parcequ'elle est mieux tolérée que ses divers succédanés, s'imprègne des exsudats d'une manière plus uniforme, et n'abandonne pas sur la plaie, grâce à la cohérence du tissu, des particules étrangères.

Avant d'être appliquée, la gaze est découpée en morceaux d'une longueur et d'une largeur appliquée aux circonstances; il ne faut pas, comme le faisait Lister et comme quelques-uns le font encore, la disposer sur la peau soigneusement pliée en couche plus ou moins épaisse, mais chiffonnée, ce qu'on fait en la froissant dans la main; sous cette forme, elle absorbe mieux et plus régulièrement, et pour le même effet se dépense en moindre quantité.

Ouate. On ne connaît comme matière à pansement que l'ouate hydrophile, qui est de l'ouate dégraissée et non chargée d'apprêt, et encore, en dépit de l'usage fréquent qu'on en fait, elle n'est pas à recommander; elle se tasse sous la pression des bandes et perd ainsi son élasticité, puis, elle ne s'imprègne qu'à la surface pour former

(1) Un mètre carré de gaze hydrophile coûte approximativement 30 centimes chez les fabricants de pansements antiseptiques, mais on l'obtient à un prix sensiblement moindre en se fournissant, pour une grande quantité à la fois, directement chez les fabricants de tissus.

La dépense peut être néanmoins considérable, lorsque, ainsi que je l'ai vu dans le service de Bergmann, on consomme régulièrement pour une opération d'une certaine importance 25 à 50 mètres de gaze, soit comme tampons à la place des éponges, soit comme pièces de pansement.

une croûte imperméable, sous laquelle stagnent les sécrétions et macère la peau.

L'ouate n'a d'utilité réelle que pour matelasser la peau dans le voisinage de la plaie en dehors du pansement proprement dit ; elle ne peut être remplacée avantageusement sous ce rapport : molle, souple et légère, elle se prête admirablement à la forme des parties et se manie aisément.

Comme matière absorbante, elle doit, à mon avis, être délaissée, au moins lorsqu'il s'agit de plaies sécrétant abondamment ; son bas prix a été exagéré du reste (1), car il faut en consommer de grandes quantités à la fois.

Laine de bois. Certains produits, retirés du bois, remplacent merveilleusement la gaze ; en tête, se place celui qui est désigné en allemand sous le nom de *holzwolle*, littéralement laine de bois ; Bruns a le mérite de l'avoir introduit dans la pratique des pansements ; on l'obtient en réduisant à un grand état de division sous l'action de meules en grès certains bois mous : bouleaux, peupliers, tilleuls ou sapins.

La laine de bois n'est en définitive que le produit utilisé en grand aujourd'hui par l'industrie pour la fabrication du papier ; il forme une substance d'un blanc grisâtre, floconneuse, soyeuse et légère, qui a pu être comparée justement à la laine ou au coton ; elle possède un pouvoir d'absorption et d'imprégnation considérable, grâce à la capillarité qui s'exerce à l'intérieur de ses fibres ; son prix est fort peu élevé (2).

Elle n'a qu'un petit défaut : à cause de son état pulvérulent, elle doit être renfermée dans des sachets pour être employée commodément ; on confectionne ces sachets, auxquels on donne des dimensions variables, à l'aide de gaze et on les remplit de la substance sans trop la tasser.

On obtient ainsi des coussins propres et souples d'une épaisseur moyenne de 1 à 2 centimètres que l'on applique en nombre variable sur la couche de gaze reposant sur la plaie.

(1) L'ouate hydrophile revient à 2 fr. 50 le kilogramme.

(2) Pris en détail, le holzwolle coûte 1 franc le kilogr. mais, acheté en gros, il peut s'obtenir à raison de 15 centimes le kilogr.

Un seul coussin, dépassant largement la plaie dans tous les sens, suffit quand les sécrétions ne sont pas très abondantes ou que le pansement n'est pas destiné à rester longtemps en place ; sinon, on en met plusieurs couches, chacune fixée séparément par la bande, en ayant soin d'augmenter les dimensions des coussins à mesure qu'on les superpose.

Il existe aussi dans le commerce une sorte de feutre assez résistant, obtenu par la compression du holzwolle préalablement humecté; il se débite en feuilles d'une épaisseur de quelques millimètres et il simplifie l'emploi de la substance : il suffit d'en découper aux ciseaux un morceau de dimensions appropriées et de l'entourer d'une simple compresse de gaze; celle-ci n'a pas même besoin d'être cousue.

Le holzwolle comprimé est à recommander pour les approvisionnements des ambulances, car il tient peu de place, et, en temps de guerre, le temps et les aides feront défaut pour la préparation des coussins ; sinon, le holzwolle non comprimé est préférable, parce qu'il est plus souple et qu'il absorbe plus régulièrement.

Je considère volontiers les coussins de holzwolle, dont j'ai introduit l'usage à la clinique de Louvain, il y a dix ans, comme réalisant le mieux l'idéal du pansement, absorbant et dessicateur, à la fois propre, léger, peu encombrant et économique (1).

A défaut du holzwolle qu'on n'a pas toujours sous la main, on utilisera divers produits de l'industrie du bois qui se trouvent partout et qui n'ont pas de valeur.

La *sciure de bois*, recommandée par Mikulicz, est encore en usage dans plusieurs services : on la débarrasse au tamis des particules de bois les plus grossières et on en remplit comme précédemment des sachets de gaze, ou même de toile grossière ; la sciure de bois est inférieure au holzwolle : moins légère, moins propre, plus grossière, elle n'absorbe pas non plus aussi bien, mais en cas de nécessité ou dans la clientèle pauvre, elle rendra de précieux services.

(1) Les coussins de holzwolle confectionnés dans le service reviennent à 2 ou 5 centimes la pièce, suivant les dimensions; je conseille aux praticiens d'avoir toujours en réserve une provision de holzwolle et de gaze hydrophile; pris chez les fabricants, les coussins coûtent sensiblement plus cher (7 à 15 centimes).

Il en est de même des minces *copeaux de bois* enroulés qui se recueillent dans l'établi des menuisiers, voire même des copeaux produits par le travail du bûcheron.

Port a montré également tout le parti à retirer en temps de guerre des menus branchages de bois vert raclés au moyen d'un morceau de verre.

Mousse. La mousse séchée a supplanté la laine de bois un peu partout en Allemagne; la mousse commune des bois peut être utilisée, mais la mousse de tourbière *(torfmoos)*, abondante en ce pays, est préférable, car la structure poreuse des plantes qui la constituent (diverses espèces de sphagnum) se prête merveilleusement bien à l'absorption.

Les coussins de mousse peuvent rivaliser avec les coussins de holzwolle pour la légéreté et la souplesse ; ils lui sont même supérieurs à certains égards ; le pouvoir d'absorption de la mousse est plus considérable et ses longues tiges donnent des coussins plus homogènes que les courtes fibres du holzwolle ; le prix en est toutefois plus élevé (1) et elle donne des pansements moins propres et moins élégants.

Hagedorn et Leisrinck ont introduit l'usage des gâteaux ou du feutre de mousse *(moospappe, moosfilz)* ; ces produits sont obtenus en soumettant à une forte pression et, sans l'additionner d'apprêt, la mousse préalablement humectée ; c'est une sorte de carton résistant dont l'avantage est de réduire sensiblement le volume de la substance, d'en rendre ainsi l'approvisionnement plus facile, et de dispenser de la fabrication des coussins ; il se trouve dans le commerce en feuilles d'une épaisseur moyenne de 2 à 3 millimètres.

On s'en sert de la façon suivante : après avoir découpé aux ciseaux un morceau de la forme et de la grandeur voulues, on le plonge lentement dans l'eau ou bien on l'y maintient deux ou trois secondes pour l'humecter, car, appliqué sec, le carton de mousse manque de souplesse et n'absorbe que lentement et irrégulièrement les sécrétions ; retiré de l'eau, il se gonfle notablement de manière à acquérir en quelques minutes une épaisseur de 1 à 2 centimètres : on l'entoure alors d'un ample morceau de gaze hydrophile et on obtient un coussin moëlleux et élastique.

(1) La mousse à pansement se livre à raison de 1 fr. 50 le kilogramme.

Il existe aussi dans le commerce un carton de mousse recouvert de gaze *(gazemoospappe)*, inventé par Hagedorn, lequel, traité comme plus haut, s'applique tel quel, sans enveloppe de gaze; le carton de mousse, peu coûteux, d'un emploi très simple et très commode, devrait se trouver entre les mains de tous les praticiens à plus juste titre encore que le holzwolle (1).

La *tourbe* mérite d'être mentionnée à côté de la mousse, car c'est elle qui a ouvert la voie aux récents perfectionnements apportés aux pansements; c'est par un effet du hasard que ses propriétés ont été découvertes : un paysan vint un jour à la clinique de Kiel consulter pour une blessure à la jambe, reçue trois semaines auparavant et sur laquelle il avait appliqué une poignée de tourbe; en levant ce singulier pansement qui était resté en place depuis le jour de l'accident, Neuber trouva la plaie guérie complètement et par première intention.

Frappé de ce fait, il expérimenta le pansement à la tourbe et fut émerveillé des résultats obtenus ; la substance fut considérée comme douée de propriétés antiputrides qu'on chercha à élucider par des recherches bactériologiques, mais sans y parvenir ; on fut même très étonné de trouver que la tourbe fourmillait d'organismes inférieurs; en réalité tout le mystère reposait sur la puissance d'absorption remarquable de la substance.

La tourbe des marais, employée jadis par Neuber, est formée en effet en grande partie de sphagnum comme la mousse, mais de sphagnum en voie de putréfaction ; elle donne des pansements sales, d'autant plus qu'elle doit être appliquée humide, la tourbe sèche étant à peu près dépourvue de propriétés absorbantes; elle est lourde et grossière, bien inférieure à tous égards à la mousse fraîche sèchée; faute de mieux, la tourbe, renfermée dans des sachets de gaze, pourra rendre encore des services, notamment aux armées en campagne.

Éponge. L'éponge est aussi un excellent objet de pansement, propre et léger, exerçant mieux que tout autre une compression élastique et uniforme sur les parties, et aspirant avidement les sécrétions; Neuber n'emploie plus autre chose par dessus la couche de

(1) Le carton de mousse coûte 2 frs le kilogramme, revêtu de gaze 2 fr. 50; comme il est très léger, on peut, avec cette quantité, confectionner un très grand nombre de pansements.

gaze; il fixe sur la plaie, au moyen de quelques tours de bande suffisamment serrés pour réduire sensiblement leur volume, une ou plusieurs éponges, entourées ou non d'une compresse de gaze.

La *charpie* doit être abandonnée complètement : ce n'est pas que, appliquée directement sur la plaie, ou renfermée dans des sachets de gaze, elle ne puisse donner un pansement léger, propre, élastique, d'un pouvoir d'absorption suffisant; mais la charpie est coûteuse, plus coûteuse que la gaze, et d'une préparation laborieuse : elle a fini son temps et restera bientôt ignorée.

Il serait ridicule à notre époque de préparer encore de la charpie, mais il n'y a aucun inconvénient à utiliser celle qui se trouve encore accumulée dans certaines ambulances.

Je porterai le même jugement sur l'emploi du *jute* et de l'*étoupe;* ce sont des matériaux à bon marché que l'on a pu songer à introduire dans la pratique, par mesure d'économie, à l'époque où on ne connaissait que la gaze et l'ouate, mais dont l'emploi n'est plus justifié depuis qu'on connaît des produits moins chers encore et absorbant notablement mieux : le jute, formé des fibres textiles d'une plante exotique, et l'étoupe de lin ou de chanvre sont en effet de mauvais absorbants, inférieurs encore à l'ouate.

Enfin, je mentionnerai le *sable*, les *cendres de foyer*, la *terre végétale*, qui sont des matériaux lourds et grossiers dont on n'utilisera les propriétés absorbantes, du reste très limitées, qu'en cas d'absolue nécessité.

Il me reste à parler des *bandes* destinées à fixer les pièces du pansement; les bandes en toiles ou en coton, tissées à mailles très serrées, partant très résistantes, pouvant reservir à peu près indéfiniment, étaient autrefois exclusivement en usage; elles sont généralement abandonnées aujourd'hui; au moins, les *bandes en gaze hydrophile* ou en mousseline commune leur sont-elles préférables; elles sont plus souples, plus légères, donnent un pansement plus commode et plus élégant ; seulement leur emploi est plus coûteux, car elles ne peuvent guère servir plus d'une ou de deux fois (1).

(1) Une bande en gaze hydrophile de 5 mètres coûte 15 à 20 centimes suivant la largeur.

Il est vrai que, dans la plupart des services de chirurgie, on ne déroule plus les bandes à l'enlèvement du pansement; on les coupe tout simplement et on les rejette avec le reste : ce qui est expéditif et très commode pour le chirurgien comme pour le malade.

Par mesure d'économie, on sera souvent encore amené à recourir aux bandes en toile ou en coton, qui n'ont du reste aucun vice rédhibitoire.

Les bandes en gaze hydrophile se ramassent facilement en corde, quand elles sont tirées; puis, elles ont presque toujours, coupées à la pièce, des bords peu réguliers et effilochés.

Les *bandes en cambric* n'ont pas ces défauts et permettent d'exercer une compression plus régulière : elles sont un peu plus coûteuses que les bandes en gaze (15 à 30 centimes), mais elles valent beaucoup mieux.

Les *bandes d'organdi* (mousseline fortement chargée d'apprêt) ne sont usitées, que lorsqu'il s'agit d'immobiliser la région sur laquelle repose le pansement; elles remplacent alors avantageusement les appareils amidonné ou plâtré; elles sont plongées dans l'eau tiède avant d'être appliquées et, une fois séchées, elles forment un appareil rigide, élégant et léger à la fois.

Il n'entre pas dans mon sujet de décrire la façon de dérouler les bandes; je dirai seulement qu'il serait actuellement puéril de s'astreindre à cet égard comme autrefois à des règles inflexibles et aux préceptes classiques ; l'essentiel est de conduire la bande là où il convient le mieux pour assujettir les pièces de pansement et exercer sur elles une compression méthodique, tout en laissant au sujet la liberté de ses fonctions.

Les épingles servent de moins en moins à fixer la bande : il est plus expéditif de déchirer le bout de celle-ci dans une certaine étendue et de conduire les deux lanières, chacune en sens opposé, autour de la partie, pour les nouer ensemble.

Dans un prochain article, je m'occuperai de l'asepsie et de l'antisepsie des pièces de pansement. Dr DANDOIS.

ENVELOPPEMENTS HUMIDES DANS LES MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES.

Au cours de toutes les maladies aiguës des voies respiratoires et dans certains épisodes aigus des maladies chroniques de celles-ci, l'hyperémie active, la fluxion sanguine intense et brusque est un facteur important d'aggravation de l'état local et de l'état général ; elle est généralement combattue par les procédés habituels de révulsion, comme la sinapisation, les ventouses, la vésicatoire. A ces moyens, le dr Le Gendre trouve préférable l'enveloppement humide permanent du thorax qui est très usité en Allemagne et se répand de plus en plus chez nous.

Le dr Le Gendre a retiré de grands services surtout dans la thérapeutique infantile de ce procédé hydrothérapique, toujours facile à mettre en pratique et parfaitement toléré par les malades ; il peut être employé chez les enfants les plus jeunes, continué aussi longtemps et repris aussi souvent qu'il est nécessaire à chaque retour offensif de congestion pulmonaire. Il a pour effet certain de diminuer la dyspnée plus rapidement que tout autre moyen, en ralentissant les mouvements respiratoires et en les rendant plus amples, de combattre l'hyperthermie et les troubles nerveux qui l'accompagnent, agitation, insomnie, refus d'aliments.

L'enveloppement humide permanent du thorax s'exécute de la façon suivante : on prend une pièce de gaze pliée en huit doubles, d'une hauteur suffisante pour aller de l'ombilic jusqu'au sommet du thorax, assez longue pour entourer complètement celui-ci au moins une fois ; on taille un morceau de taffetas gommé de la même dimension. La compresse de gaze est trempée dans l'eau froide à la température de la chambre ; on peut additionner l'eau d'une certaine quantité d'alcool, ou l'employer à une température inférieure en y ajoutant plus ou moins de glace, mais cette eau glacée n'est utile que dans des circonstances particulières où on veut provoquer une réaction très énergique. Quand on veut pratiquer l'enveloppement, on déshabille rapidement le sujet ou on relève simplement la chemise en lui tenant les bras élevés. On prend la compresse imbibée d'eau, on l'exprime assez pour qu'elle reste simplement humide et on l'applique autour du thorax, de manière que le bord supérieur affleure le creux axillaire, tandis que le bord inférieur passe en arrière au niveau de la région lombaire et en avant au niveau de l'ombilic; on l'applique assez exactement pour éviter qu'il ne se forme des plis et par-dessus on enroule non moins exactement la toile imperméable. Le sujet est ensuite recouché. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, les ma-

lades, et particulièrement les enfants, protestent à peine contre cet enveloppement froid ; au premier moment, quelques-uns poussent un petit cri de saisissement, mais très rapidement la sensation réfrigérante pénible disparaît.

Naturellement, on peut apporter quelques modifications à cette façon de faire, remplacer par exemple la gaze et le taffetas par quelque chose d'équivalent.

Les indications sont très nombreuses.

Un mot seulement des voies respiratoires supérieures : dans certaines amygdalites aiguës, dans certaines pharyngites et laryngites aiguës à début brusque avec sensations pénibles de gonflement de l'isthme du gosier et du cou qui coexistent avec la rougeur vive et la sécheresse de la muqueuse, en un mot quand il y a prédominance de l'élément fluxionnaire à invasion brusque, les compresses imbibées d'eau froide recouvertes d'une toile imperméable procurent rapidement, à la condition qu'on ait le soin de les renouveler fréquemment et de les laisser appliquées d'une façon continuelle, un soulagement de la douleur par diminution de l'afflux sanguin, du côté de la muqueuse; dans les congestions aiguës du larynx, la sensation si pénible de chatouillement, de besoin de tousser, diminue souvent très vite. Ce moyen est bien connu, traditionnellement employé dans certaines familles, même sans avis médical; mais les médecins n'y songent pas souvent ou ils le dédaignent. Ce procédé a paru aussi souvent efficace pour faire cesser le spasme glottique de la laryngite striduleuse que l'éponge imbibée d'eau très chaude et généralement usitée selon le dr Le Gendre.

Mais c'est dans les maladies des bronches et du poumon que l'enveloppement froid permanent peut surtout rendre de grands services : bronchites aiguës, accompagnées de congestion pulmonaire, congestions pulmonaires actives du début des fièvres éruptives, broncho-pneumonies, accès d'asthme accompagnés de congestion, et même poussées congestives au cours d'une tuberculose chronique du poumon.

L'ayant employé dans une centaine de cas de maladies aiguës des voies respiratoires (laryngites, bronchites avec congestion, broncho-pneumonies à foyers successifs, grippales, coqueluchiales, rubéoliques, diphthériques), dans des maladies chroniques (asthme, emphysème, tuberculose pulmonaire) au moment où elles se compliquaient de poussées hyperémiques actives, le dr Le Gendre l'a trouvé toujours inoffensif et presque toujours efficace, au point de vue de l'indication unique, mais si importante, qu'il a précisée : l'hyperémie active à invasion brusque.

Le dr Rendu partage l'opinion du dr Le Gendre ; depuis 1884, il

n'emploie plus que l'enveloppement au drap mouillé froid dans toutes les congestions aiguës de l'appareil respiratoire, surtout quand elles se présentent au cours d'une maladie infectieuse. Il laisse ses malades deux ou trois heures de suite dans le drap mouillé, avec, par dessus, l'enveloppement d'une couverture de laine. Au bout d'une demi-heure, la température périphérique, loin de s'abaisser, augmente de près d'un degré, mais bientôt une diaphorèse et une diurèse abondantes s'établissent, et la température tombe au-dessous de ce qu'elle était avant l'opération. Il ne fait qu'un drap mouillé chaque jour; il insiste particulièrement sur la diurèse qu'elle provoque, en plus de la diaphorèse. L.

—

INTERVENTION CHIRURGICALE CHEZ LES DIABÉTIQUES.

Il est bien connu que les diabétiques réagissent d'une façon différente vis-à-vis des inflammations microbiennes, des traumatismes, des opérations chirurgicales, et de tout ce qui peut, à un moment donné, être une cause d'irritation pour les tissus. Ainsi, on verra certains diabétiques supporter impunément des opérations sérieuses, telles que laparotomie, ablation du sein, tandis que pour d'autres un simple coup de bistouri deviendra la cause d'accidents souvent mortels.

De même on voit des diabétiques avoir des phlegmons, des abcès, des anthrax et se guérir de ces accidents; d'autres, au contraire, et malheureusement ce sont les plus nombreux, sont incapables de lutter contre toute infection, et la moindre suppuration est chez eux le signal de l'agonie.

Le dr Reynier a cherché à trouver la cause de ces réactions différentes : il serait en effet intéressant de savoir le degré plus ou moins grand de résistance que présentera tel ou tel diabétique; car, si le diabétique en général cesse, grâce aux progrès de l'antisepsie, d'être pour le chirurgien un *noli me tangere*, il y a toujours des sujets qui ne peuvent supporter impunément une opération même la plus aseptique.

Il devient donc important pour le chirurgien, avant de conseiller une opération, d'avoir quelques données qui lui permettent de connaître le degré de résistance de son malade.

L'auteur expose celles que lui ont fournies sur ce sujet quarante observations personnelles; d'après lui, cette variabilité de la gravité des interventions chirurgicales chez les diabétiques est purement relative; elle dépend de la période de l'affection : tout diabétique au début offre aux traumatismes une résistance diminuée, mais encore suffisante. Cette résistance va toujours en s'affaiblissant et il arrive un moment où elle tombe à zéro.

Ce moment correspondrait à la disparition des réflexes normaux. Alors, le moindre traumatisme, la moindre irritation, soit par les pansements, soit par les infections, devient la cause et l'origine d'accidents gangréneux.

Cette perte de réflexes a donc une importance clinique considérable, et alors même que le sucre aurait disparu, si les réflexes ne sont pas revenus, le pronostic reste grave.

En conséquence, on s'abtiendra donc, à moins de nécessité absolue, de toute intervention chirurgicale chez un diabétique sans réflexes Et cela quelle que soit la forme du diabète. Si une intervention s'impose, comme dans le cas d'accidents infectieux, phlegmons, anthrax, on se rappellera que toute irritation précipite le sphacèle imminent des tissus.

Par suite, les pansements antiseptiques un peu irritants seront proscrits. Ce sera le cas pour l'acide phénique. Les solutions antiseptiques employées de préférence doivent être l'acide borique, le sublimé en solution à 1/2000.

Mais, même chez les diabétiques qui ont encore leurs réflexes, on n'est autorisé en intervenir, en cas de néoplasmes par exemple, que si vraiment l'ablation s'impose. Pour l'auteur, quoi qu'on ait dit, même dans le cas de conservation des réflexes toute opération faite à un diabétique garde une gravité plus ou moins grande. Elle ne sera pas dangereuse si la plaie ne suppure pas, mais, dans le cas contraire, la marche de la maladie en sera précipitée, et les tissus qui ont pu résister au traumatisme de l'incision ne résisteront pas à une suppuration un peu prolongée.

Une antisepsie, ou mieux, une asepsie parfaite est donc de rigueur puisque la moindre faute peut être néfaste. Malheureusement cette asepsie est d'autant plus difficile que le diabétique offre aux microbes un terrain merveilleux pour leur développement et que son économie ne lutte pas convenablement contre leur introduction.

L'auteur ajoute encore que, à moins d'urgence absolue on différera une intervention chez un diabétique dont le taux de sucre dépassé quinze à vingt grammes par vingt-quatre heures. On le soumettra préalablement à un régime approprié. Il faut, en effet, savoir que la chloroformisation augmente la quantité de sucre d'une façon notable. Dans les vingt-quatre à quarante-huit heures qui suivent l'opération, les malades ont tous les symptômes du diabète exagérés.

Quant aux diabétiques suppurants, mais ayant encore leurs réflexes — que cette suppuration survienne par le fait d'anthrax, ou d'opération chirurgicale, ou de traumatismes variés, déterminant des abcès ou des phlegmons — on se rappellera, qu'il est très important d'irriter

les plaies le moins possible, de limiter rapidement l'infection, de donner une issue large au pus pour que des phénomènes de résorption ne se produisent pas. On obéira à ces diverses indications par les antiseptiques, le drainage, les incision précoces des foyers purulents.

Pour ces incisions, le thermo-cautère ou le galvano-cautère paraît à l'auteur devoir toujours rester l'instrument de choix, surtout quand l'incision doit être profonde. On évite ainsi l'ouverture des vaisseaux, voies par lesquelles se propage l'infection.

Quant aux antiseptiques, ils seront relativement assez bien supportés, puisqu'on suppose un diabétique avec réflexes, c'est-à-dire en possession d'une certaine résistance organique; on aura soin seulement d'écarter ceux qui sont irritants. L.

—

DE QUELQUES TRAITEMENTS SPÉCIAUX DES ULCÈRES DE LA JAMBE.

Le traitement de l'ulcère de la jambe occupe une place importante dans la pratique journalière du médecin.

Le d^r^ Jessner de Königsberg a consacré à sujet un article publié dans la *Therap. Monatshefte* et dont nous donnons ici les grandes lignes :

Il s'agit de la variété, de loin la plus fréquente, connue sous le nom d'*ulcère variqueux de la jambe.*

Le traitement pour répondre à tous les besoins de la pratique doit réunir les conditions suivantes :

1°) *Il doit pouvoir être appliqué sur des sujets ambulants.* Il est incontestable que le repos au lit, la position élevée du membre combattent avec le plus grand succès la stase veineuse cause de l'ulcère.

Mais la condition sociale des porteurs de cette affection ne permet guère d'y recourir et ce n'est que lorsque des complications surviennent : telles que la lymphangite, la phlébite, l'érysipèle, que le malade se résignera à garder le lit.

2°) *Il ne faut pas que le traitement impose au malade des visites journalières chez le smédecins.* On choisira donc un procédé *à pansements rares.*

3°) *Le traitement ne pas être trop dispendieux.* Le procédé si fréquemment usité d'envelopper la jambe de bandes *de toile ou de flanelle* n'est guère approprié, parce que le malade ou une personne de l'entourage non dressée à la déligation s'en acquitte fort mal. De plus ces bandages se souillent facilement et leur renouvellement est coûteux, s'il s'agit de bandes en flanelle.

Les *bandages en caoutchouc et les bas en caoutchouc* valent mieux. Leur application régulière se fait facilement. En revanche ils retiennent les liquides et sont d'un prix élevé.

L'auteur s'est très bien trouvé du *traitement préconisé par Unna* contre les dermatoses dues à la stase. Voici en quoi il consiste :

1. Nettoyage de la jambe et éventuellement de l'ulcère.
2. Applications des remèdes que l'état de l'ulcère réclame. Nous y reviendrons.
3. Application d'une large couche de colle médicamenteuse dont nous donnons la formule plus loin, sur toute la jambe et le pied hormis la surface ulcérée.
4. Déligation de la jambe à l'aide de bandes de gaze apprêtées et mouillées. Il est assez peu important d'employer des bandes à un ou deux globes bien que l'auteur trouve que les dernières exercent une compression plus forte et plus uniforme.

Voici la formule de la colle médicamenteuse :

Oxyde de zinc Gélatine	} aâ	10.0
Glycérine Eau distillée	} aâ	40.0

On peut ajouter pour le vernis à l'ichthyol :

(Ichthyol 2.5)

Il faut ramollir la préparation, au bain-marie, avant de l'appliquer : ce qui est un petit ennui.

Ce pansement est poreux, léger, exerce une compression énergique et uniforme et se supporte admirablement. C'est un moyen des plus efficaces pour combattre la stase et avec elle l'ulcère qui s'en suit. Il est évident qu'on hâtera la guérison par des applications médicamenteuses en rapport avec l'état de l'ulcère. L'auteur n'emploie guère que l'iodoforme, la créoline ou l'eau boriquée. L'iodoforme qui fait merveille en cas d'ulcère atonique est contreindiqué en cas de granulations exubérantes. Il attache une grande importance à ce qu'on recouvre directement la surface de l'ulcère à l'aide d'un morceau de *protective*.

Voici les avantages qu'il y trouve : Ecoulement facile des exsudats, enlèvement facile et indolore du pansement qui n'adhère pas aux tissus, l'épiderme de nouvelle formation reste absolument intact, enfin l'iodoforme semble agir plus efficacement sous cette enveloppe.

S'il existe de l'eczéma autour de l'ulcère, l'application de la colle suffit le plus souvent à le guérir. On se trouvera bien de l'emploi de la pommade salicylique de Lassar en cas d'eczéma suintant.

Combien de temps ce pansement peut-il rester ?

Cela varie uniquement d'après l'abondance des sécrétions. Le plus souvent l'auteur le laissait de 8 à 15 jours. En cas d'ulcère à secrétion très abondante on pourra prolonger la durée du maintien du pansement par l'application d'un paquet d'ouate à pansement en regard de l'ulcère.

Pour prévenir les récidives il faut soutenir la circulation de la jambe à l'aide de bandages compressifs. Voici comment l'auteur procède :

Tous les quinze jours pendant plusieurs mois application d'une couche de colle médicamenteuse comme plus haut. Avant que celle-ci soit complètement sèche, on touche légèrement la jambe avec un paquet d'ouate. La ouate qui reste ainsi adhérer empêche la bande de s'agglutiner. On entoure ensuite la jambe d'une bande *tricotée.* Cette dernière est préférable à toute autre bande élastique Elle se conserve bien, se laisse laver, s'applique parfaitement même par le plus inexpérimenté, exerce une compression uniforme et tient bien même sans renversés. Elle est peu coûteuse.

L'auteur conseille de continuer après la cure l'usage de la bande tricotée sans application de colle. Il exprime la conviction que quiconque se laissera persuader d'employer ce pansement et ne reculera pas devant la peine de l'appliquer lui-même en sera satisfait.

Le d^r^ Krisch recommande, pour les ulcères variqueux, un traitement qui serait à la fois plus commode et plus efficace que les moyens employés habituellement, notamment que la compression au moyen de bandelettes de diachylon et les applications de vernis d'Unna.

Il est basé sur la *compresion élastique au moyen de l'éponge.*

Si l'ulcère est profond, le d^r^ Krisch commence par le bourrer de gaze iodoformée, en ayant soin, toutefois, que la gaze ne dépasse pas le niveau des bords de la plaie. Ces bords, ainsi que la peau environnante, sont saupoudrés de dermatol et le tout est recouvert d'une compresse hydrophile. Sur la compresse. on applique une grosse éponge trempée d'abord dans l'eau, puis bien exprimée, et dont la surface, autant que possible unie, recouvre largement l'ulcère sur toute son étendue.

Lorsque l'ulcère est plat ou bien déjà en voie de bourgeonnement, il y applique directement, sans interposition de gaze iodoformée, une compresse imbibée d'acétate d'alumine (liquide de Burow), par dessus laquelle il place d'abord une étoffe imperméable, puis l'éponge, comme dans le cas précédent.

Dans l'un et dans l'autre cas, le membre est enveloppé de tours de bande qui partent des orteils pour remonter jusqu'au genou, en recouvrant aussi l'éponge. La bande doit être serrée modérément de

façon que le malade n'en éprouve ni douleur ni incommodité. Sous ce pansement, qu'on renouvelle de temps en temps, l'œdème disparaît peu à peu, les bords de la plaie se ramollissent, s'aplatissent, et l'ulcère commence à bourgeonner, à se cicatriser; la perte de substance diminue bientôt au point qu'on peut remplacer le pansement par une simple couche de pommade aseptique. Toutefois, la compression élastique exercée par-dessus la couche de pommade au moyen de l'éponge doit être continuée jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie et même pendant un certain temps après cette cicatrisation.

Dans la très grande majorité des cas, ce procédé de traitement suffit pour modifier l'ulcère et en amener la guérison.

Il est cependant des ulcères variqueux dont les bords sont tellement idnurés qu'on n'arrive pas à les ramollir par la compression élastique seule, exercée au moyen de l'éponge. Dans ces cas, on n'obtient le résultat désiré qu'en s'aidant du *massage*, qu'on pratique sur le pourtour de l'ulcère, et dans une direction centrifuge. Dans ce but, M. Krisch a coutume de se servir d'un petit rouleau à manche qu'il promène sur les parties malades, tout en exerçant une certaine pression.

Ce massage, employé concurremment avec la compression élastique, donnerait, dans les ulcères, les plus torpides des résultats surprenants.

Mais on rencontre parfois des ulcères de jambe tellement sensibles (ulcères éréthiques), qu'au début ils ne supportent même pas la compression élastique si douce qu'on obtient avec l'éponge. Dans ces cas, on arrive peu à peu à faire tolérer le bandage compressif en commençant par exercer la compression au moyen d'une bande roulée simple.

Par ce traitement, qui permet au malade de continuer ses occupations habituelles pendant toute la durée du traitement, M. Krisch a obtenu la guérison de cas d'ulcères de jambe paraissant désespérés et qui avaient résisté à tous les traitements antérieurs les plus rationnels continués avec persévérance. L.

MÉTHODES RECTALES D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS.

Ces méthodes comprennent les lavements et les suppositoires que le dr Dujardin, Beaumetz examine successivement dans le *Bullet. génér. de thérap.*

Des lavements. — Les lavements nécessitent un appareil instrumental; c'est la seringue ou l'irrigateur, ou bien encore le siphon.

La quantité de liquide contenue dans un lavement permet de les grouper en trois classes : lavements entiers de 500 grammes, demi-lavements de 250 grammes et quarts de lavements de 125 grammes.

Au point de vue pharmaceutique et thérapeutique, on peut aussi diviser les lavements en trois grands groupes : les lavements à effets locaux, les lavements à effets généraux, et enfin, les lavements alimentaires.

Les lavements à effets locaux sont destinés à provoquer les garde-robes ou bien à calmer l'irritation rectale. Ce sont d'abord les lavements simples à eau tiède ou froide, ou bien encore les lavements de graine de lin, de guimauve, etc.; d'autres fois, on ajoute à ces lavements des principes médicamenteux, comme de la glycérine, ou un peu de sel marin, ou un peu de savon, pour exciter les contractions intestinales. D'autre fois, enfin, le lavement est plus complexe.

Ainsi, il y a les lavements laxatifs et purgatifs du Codex, le lavement à l'amidon, au laudanum, usité contre le diarrhée.

Les lavements médicamenteux à effets généraux sont excessivement nombreux. On peut introduire en lavements un très grand nombre de substances actives; à signaler, par exemple, le chloral, les iodures, les bromures, la créosote, etc. La tolérance du rectum est même extraordinaire pour certaines de ces substances, qui paraissent *a priori*, devoir l'irriter profondément, comme la créosote et le chloral. Le plus ordinairement c'est grâce à des émulsions qu'on fait tolérer ces lavements irritants.

L'auteur fait grand usage des lavements de chloral de la façon suivante : dans un verre de lait, il verse tout simplement :

Chloral	1 gramme.

Ou bien :

Sirop de chloral	1 cuillerée.
Jaune d'œuf	n° 1.

Tous ces lavements à effets généraux doivent être des quarts de lavement, car la première condition de leur action, c'est qu'il soient conservés le plus longtemps possible pour que l'absorption puisse se faire.

Pour les *lavements alimentaires*, il est généralement admis que le rectum étant impuissant à transformer les substances animales en peptones, il faut administrer des clystères précédemment peptonisés; nous avons cependant donné connaissance dans la *Revue* des recherches du dr Ewald d'après lesquelles le lavement alimentaire le plus simple et non le moins efficace consisterait tout simplement dans les œufs non peptonisés; Huber a conseillé d'ajouter du chlorure de sodium à la dose de 1 gramme par œuf.

Le dr Dujardin-Beaumetz se sert pour les lavements alimentaires de la formule suivante : dans un verre de lait, on verse :

Jaune d'œuf	nº 1.
Laudanum de Sydenham	v gouttes.
Peptones sèches	2 cuillerées à soupe.

Il reconnaît, toutefois, que les formules de lavements alimentaires qui font intervenir le pancréas sont supérieures, puisque le suc pancréatique digère et transforme à la fois les aliments azotés, les féculents et les graisses. On a donc conseillé de hacher des pancréas frais et de les mélanger au lait, au bouillon concentré et au jaune d'œuf; mais dans la pratique, il est très difficile d'avoir journellement des pancréas frais.

Suppositoires. Comme les lavements, les suppositoires se divisent en suppositoires à effets locaux et suppositoires à effets généraux.

Un très grand nombre de substances médicamenteuses peuvent être introduites dans ces suppositoires à signaler, parmi les suppositoires à effets locaux, le suppositoire au savon, très employé chez les enfants du premier âge; les suppositoires à la glycérine, dont voici la formule :

Glycérine	100 grammes.
Savon	10 —
Beurre de cacao	50 —

L'on fait du mélange des cônes de 2 à 4 grammes.

Quant aux avantages des méthodes rectales, il faut savoir que le rectum est une admirable voie d'introduction des médicaments, et il est à regretter qu'elle soit si souvent négligée et oubliée par les médecins.

La muqueuse rectale absorbe, en effet, rapidement les substances médicamenteuses, et, pour certaines d'entre elles, comme le laudanum, les iodures, etc., la rapidité d'absorption est plus grande par la voie rectale que par la voie stomacale.

Ajoutons que par cette voie, il n'y a pas de modification du médicament ni de décomposition, soit par l'acidité du suc gastrique ou l'alcalinité de la bile; qu'enfin, il n'existe, par ces méthodes, aucune fatigue de l'estomac.

Il faut leur reconnaître cependant des inconvénients; d'abord, l'irritation de la muqueuse rectale, qui amène souvent l'intolérance, puis l'impossibilité qu'éprouvent certains malades de garder les lavements.

L'auteur examine successivement ces deux points :

Tout en reconnaissant que l'intolérance existe dans bien des cas par suite de l'irritation provoquée par l'action locale de certaines substances médicamenteuses, surtout si l'on en prolonge l'usage pendant

longtemps, il faut reconnaître cependant que le rectum est beaucoup plus tolérant qu'on ne le supposerait.

Ainsi, les malades tolèrent pendant des mois et même des années des suppositoires de créosote à la dose considérable de 1 gramme par jour.

Il en est de même du chloral, des bromures, des iodures, qui, malgré leur action locale caustique, sont bien supportés par la muqueuse rectale.

Quant au second inconvénient qui est l'impossibilité de garder les lavements, on peut faire usage des suppositoires, et l'auteur préfère de beaucoup ces derniers ; tandis qu'en effet les moindres contractions intestinales et les plus légères coliques peuvent faire rendre le lavement médicamenteux, le suppositoire, au contraire, est toujours bien gardé

Toutes les fois qu'il existera de l'intolérance stomacale, vomissements, irritation gastrique, etc., on usera des méthodes rectales ; on pourra encore s'en servir lorsque la substance médicamenteuse a un goût trop désagréable, comme l'assa-fœtida.

Enfin, on peut encore les utiliser lorsque le médicament provoque par son contact des vomissements ou de l'irritation gastrique. De là, le succès des lavements de chloral, des suppositoires et des lavements de créosote, des suppositoires calmants opiacés ou belladonés dans les cas de coliques hépatiques ou néphrétiques. Les sels de quinine, qui sont si souvent mal tolérés par l'estomac, sont facilement administrés par le rectum ; il en est de même de l'antipyrine.

L.

—

RECHERCHES PHARMACOLOGIQUES SUR LES AMERS.

Le prof. Bokaï a pris la voie histologique pour étudier l'action de la quassine et de la columbine sur les glandes sécrétoires du suc gastrique.

Il administrait à des chiens de taille moyenne privés d'aliments depuis 24 heures, à l'aide de la sonde stomacale des produits purs fabriqués par Merck (0,1 — 0,4 pour 40-100 parties d'eau mucilagineuse).

On les sacrifiait après 3-6-8 heures. L'estomac enlevé était déposé dans l'alcool. Des coupes traitées au brun de Bismarck et à l'essence de girofle étaient comparées avec des préparations prises sur des chiens affamés ou sur d'autres sacrifiés 3-6-8 heures après le repas. Les changements constatés dans les cellules glandulaires après l'usage de ces deux substances étaient identiques à ceux produits par l'activité

fonctionnelle chez les animaux auxquels on administre une bonne ration de viande après une privation d'aliments. La quassine, plus soluble dans l'eau que la columbine, agissait plus rapidement. Cette dernière produit une hyperhémie de la muqueuse stomacale, une sécrétion surabondante d'emblée. et un gonflement plus considérable des cellules glandulaires. *Il existe donc des amers qui augmentent la sécrétion de l'estomac, qui excitent la production des sucs digestifs.*

Reusz étudia l'influence des amers sur la digestion pepsinique ettrypsinique par des expériences faites d'après la méthode de Bikfaloi. Il fut amené à conclure que les digestions artificielles à l'aide du suc gastrique ne sont guère et même défavorablement influencées par toute une série d'amers : gentianine, érythrocentaurine, quassine, absinthine, lupuline, columbine, condurangine.

Quelques-uns d'autre part, tels que l'absinthine, la quassine, la gentianine, la condurangine même à dose minime exercent une influence favorable sur la digestion pancréatique; les troubles apportés à la digestion artificielle sont, du reste, si minimes que ces données expérimentales ne prouvent rien contre l'efficacité empiriquement constatée des amers.

D'après les recherches de Vas, l'absinthine, la cétrarine, la columbine, la condurangine et la quassine seraient dénuées de propriétés antiseptiques.

Par contre la quassine, la columbine et à un moindre degré la cétrarine, possèdent des propriétés antifermentatives, tandis que l'absinthine et la condurangine se montrent non-seulement inactives mais même souvent favorables à la fermentation.

Des malades souffrant d'affections nerveuses chroniques et des convalescents reçurent pendant 3 jours consécutifs divers amers à dose de plus en plus forte, outre la nourriture habituelle et de l'eau filtrée à boire. On établit alors d'après la méthode de Baumann la quantité de produits sulfureux dans l'urine, ce qui permit de constater qu'ils diminuaient dans les urines sous l'influence de la condurangine, de la columbine et de l'absinthine. La cétrarine et la quassine se montrèrent tout à fait inactives par contre sur les processus de décomposition intestinale.

L'action des amers sur le péristaltisme intestinal est très diverse. Huber institua des expériences sur des lapins non narcotisés. Après une abstinence de 2 jours il leur injecta 2 — 10 ctgr directement dans l'intestin grêle ou dans la veine jugulaire. La cétrarine provoqua une vive péristaltique et une forte hyperémie de l'intestin, tandis que l'action de la columbine fut moins énergique et celle de la quassine insignifiante. L'absinthine montra le plus d'activité.

L'auteur donne une quadruple interprétation de l'action bienfaisante des amers dans les affections gastriques. 1° Ils stimulent les mouvements de l'estomac et par là favorisent la division mécanique des aliments et leur contact plus intime avec le suc gastrique. 2° Dans les affections chroniques ils modèrent ou arrêtent les processus anormaux de fermentation et de décomposition. 3° Il est probable que la pepsine et l'acide chlorhydrique accomplissent plus énergiquement leur travail chimique en présence des amers. 4° Ces derniers augmentent la sécrétion des sucs digestifs puisqu'ils excitent les cellules glandulaires.

Ces expériences démontrent pour la pratique que les amers n'ont pas une valeur égale, et que leur usage, au lieu d'une application générale routinière, demande au contraire une distinction individuelle précise et des indications bien posées. L.

—

L'EAU CHLOROFORMÉE DANS LE TRAITEMENT DE L'ULCÈRE CHRONIQUE DE L'ESTOMAC.

Le traitement classique de l'ulcère chronique de l'estomac : repos au lit et diète lactée prolongés, eaux minérales alcalines, se heurte dans la pratique à des difficultés parfois considérables. Le Dr Stepp de Nürenberg a publié dans la *Ther. monatshefte* les résultats qu'il a obtenus par l'emploi de l'eau chloroformée dans ces cas.

Voici la potion employée

Chloroforme	1.0
Eau	150.0
Sous nitrate de Bismuth	3.0

D'heure en heure une ou deux cuillerées.

Les bénéfices qu'il en retira furent des plus remarquables. Bien des malades, comme les observations communiquées en font foi, après des années de misères, retrouvèrent la santé au bout de quelques semaines de ce traitement.

Il attribue cette action remarquable aux propriétés précieuses du chloroforme. Il combat les fermentations anormales du contenu stomacal, exerce une action astringente et excitante sur la surface de l'ulcère, relève la circulation générale.

Ce traitement peut être institué dès le début de l'affection, même après l'hémorrhagie. Le chloroforme par la fraîcheur particulière qu'il communique à la potion combat très efficacement les nausées et le sentiment de soif intense qui dévore les malades. Par ses propriétés styptiques il prévient de nouvelles hémorrhagies.

Tous les malades accusent une sensation de brûlure à un endroit

quelconque de l'estomac après l'ingestion du remède, ce phénomène disparaît au bout de 8 à 10 jours. L'auteur ne put constater en aucun cas une influence défavorable sur l'économie, ni même une action narcotique. Au contraire le bien-être ne se démentit jamais; les nausées et les vomissements furent toujours favorablement influencés et jamais l'intolérance ne se rencontra. Il va sans dire que le malade doit être soumis à un régime approprié.

L'auteur s'est bien trouvé du lait pur ou coupé de thé pendant la 1re huitaine. Dans la 2e il permet du bouillon et un œuf. Ce n'est que dans la 4e semaine qu'il permet les viandes à digestion facile.

Comme boisson à partir de la 2e semaine, il prescrit le vin rouge de bonne qualité; contre la constipation un laxatif doux. L.

LE PARASITISME DANS LE CANCER.

M. Pio Foà a fait le rapport au Congrès de Rome sur l'étiologie du cancer, une des questions les plus obscures de la médecine. Certes, les recherches anatomo-pathologiques modernes ont considérablement élargi le cercle de nos connaissances relatives à l'histogénèse des tumeurs cancéreuses, mais elles n'ont pu élucider d'une manière définitive la cause de la production de ces néoplasmes. L'étiologie du cancer a suscité, dans ces derniers temps, toute une série de travaux histologiques et microbiologiques. Au début, un auteur a cru avoir découvert le parasite du cancer dans un microbe du genre des schizomycètes. Or, il fut bientôt démontré que ces microorganismes ne jouent aucun rôle dans l'étiologie du carcinome. Cependant, beaucoup de pathologistes ont continué à croire à la nature parasitaire des affections cancéreuses; à la vérité, nombre de faits plaident en faveur de cette opinion. On sait que le cancer apparaît d'abord sous la forme l'une lésion purement locale pour s'étendre ensuite lentement et se généraliser dans l'organisme. Parfois cette généralisation est rapide et étendue, ainsi qu'on l'observe dans les cas de carcinose miliaire. De plus, le cancer est transmissible chez les individus de la même espèce animale, comme le prouvent les auto-inoculations, les inoculations accidentelles dues au bistouri du chirurgien, les inoculations expérimentales pratiquées chez l'homme et les animaux, ainsi que les observations cliniques de transmission du cancer par contact, soit sur le même sujet, soit d'un sujet à un autre.

Enfin, on prétend que dans certains pays la mortalité due au cancer a pu atteindre jusqu'à 15 % de la mortalité générale, ce qui constituerait une véritable endémie cancéreuse.

Mais il est aussi des pathologistes qui nient l'origine infectieuse du cancer. Ils font observer qu'on ne connaît pas d'exemple d'une épidémie de cancer ayant sévi tout à coup dans une localité qui en avait été indemne auparavant, et que, d'autre part, dans les expériences semblant prouver la contagiosité de ce néoplasme, il ne s'agit que de simples greffes analogues à celles à l'aide desquelles on réussit à transplanter toute espèce de tissus. Quant aux noyaux cancéreux secondaires, développés à distance du foyer primitif, ils reconnaîtraient pour cause non pas la dissémination d'un agent parasitaire quelconque, mais un transport d'éléments histologiques du cancer venant se greffer en ces points éloignés et s'y développer de la même façon que dans le foyer primitif.

D'aucuns estiment que le cancer, même lorsqu'il reste localisé à son foyer primitif, peut amener la mort par les toxines auxquelles il donne naissance et dont les effets se manifestent par certaines modifications des échanges, en particulier par une consommation excessive de substances azotées.

Mais ces mêmes troubles du chimisme organique s'observent aussi dans les états d'inanition. D'autre part, tous les cancéreux ne succombent pas dans le marasme.

La discussion de toutes les doctrines relatives au développement et à la propagation du cancer ne pouvant trouver place dans son rapport, l'auteur s'est limité à l'exposition des faits qui tendent à prouver l'existence, dans les cellules cancéreuses, d'un parasite de la classe des protozoaires.

Thoma paraît avoir été le premier à constater dans les cellules cancéreuses certains corps tantôt intra-nucléaires, tantôt extra-nucléaires, contenant du protoplasme et des substances chromatiques, et qu'il a supposés être de nature parasitaire. Bientôt après, Albarran, Darier et Malassez ont décrit dans les cancers épithéliaux et médullaires, ainsi que dans la maladie de Paget, certains éléments histologiques ressemblant aux psorospermies. Un certain nombre d'auteurs (Steinhaus, etc.) constatèrent également dans le noyau ou dans le protoplasma des cellules cancéreuses, des corps d'apparence parasitaire. Russel a trouvé dans les tumeurs cancéreuses des éléments particuliers, se colorant fortement par la fuchsine acide et qu'il prit pour des blastomycètes. Cependant il fut démontré dans la suite que ces corps se trouvent aussi dans les tissus non cancéreux, chez divers animaux. On les considère aujourd'hui comme analogues aux granules d'Altmann et aux gouttelettes hyalines, ou bien comme provenant des corpuscules rouges du sang. Personne ne leur attribue plus aucun rôle dans l'étiologie du cancer.

Podvyssotzki et Savtchenko ont trouvé dans les tumeurs cancéreuses des corps falciformes, tantôt intra-cellulaires, tantôt disposés entre les cellules, corps déjà remarqués par Stroebe, et ressemblant morphologiquement aux spores des protozoaires.

Le rapporteur a attiré l'attention sur l'existence dans les néoplasmes cancéreux d'éléments analogues à ceux dont Soudakévitch avait donné la description et que Ruffer et Walker ont étudié en détail plus tard.

Puis sont venus les travaux de Borrel, de Bouchard, de Clarke, de Galloway, de Cattle, etc., sur le même sujet.

Pfeiffer, Adamkiewicz et Korotnew occupent une place à part parmi les partisans de la théorie infectieuse du cancer, car ils considèrent comme parasites des éléments qui, pour tous les auteurs pathologistes, sont des cellules épithéliales et conjonctives du tissu propre du néoplasme.

Un grand nombre d'auteurs—Hansemann, Ribbert, Cornil, Unna, Hlava, etc. — ont combattu la théorie parasitaire du cancer et ont émis l'opinion que les prétendus parasites cancéreux ne sont autre chose que des produits de dégénérescence, des inclusions cellulaires, des globules de sang, des filaments chromatiques ou enfin des produits de fragmentation et de dégénération des noyaux ou des nucléoles.

Le rapporteur a publié un travail (1) dans lequel il donne la description des corps parasitaires déjà mentionnés dans ses publications précédentes et qui sont analogues à ceux qui plus tard furent constatés par d'autres auteurs.

Ce sont des éléments intraplasmiques paranucléaires, composés d'un protoplasma excessivement mince, d'un petit corpuscule central et d'une capsule à double contour. Leurs dimensions varient du volume d'un petit nucléole à celui d'un gros noyau cellulaire. A mesure que cet élément s'accroît, son protoplasme se festonne à la périphérie et prend la forme d'une cocarde. D'autres fois, le protoplasma se segmente régulièrement, sans que cette segmentation aboutisse à une division complète. Dans ce cas on se trouve en présence d'un corps en rosace; les segments dont il s'agit ici ne sont nullement des spores. Parallèlement au développement du parasite, on voit augmenter aussi son corpuscule central, tandis que le protoplasma s'atrophie de plus en plus. Enfin le corpuscule central se divise en un grand nombre de petites granulations sphériques qui remplissent tout le contenu du parasite devenu maintenant un sporocyste. En effet, les granulations sphériques issues de la division du corpuscule

(1) Pio Foa. Sur les parasites et sur l'histologie pathologique du cancer. (*Arch. ital. de biol.*, XX. p. 44, et *Arch. delle Scienz. med.* XVII, 13).

central sont vraisemblablement des spores, dont elles présentent d'ailleurs les caractères. La capsule et les restes du protoplasma du parasite se colorent fortement en bleu par l'hématoxyline.

A l'encontre de Soudakévitch, Pio Foà n'admet pas que les segments protoplasmiques soient des spores. D'autre part, il se sépare de l'opinion de Ruffer, d'après laquelle les parasites passeraient par une période de développement intranucléaire. Mais abstraction faite de ces quelques divergences d'opinion, il croit que les corps décrits par Soudakévitch, Ruffer, Clarke et Cattle, sont identiques à ceux signalés par lui.

Les parasites dont il s'agit se trouvent dans presque tous les cancers d'origine glandulaire On les rencontre plus rarement dans les cancers provenant de l'épithélium de revêtement. Les parties périphériques des tumeurs cancéreuses contiennent généralement des parasites de petites dimensions, tandis que dans la profondeur du néoplasme on rencontre de gros sporocystes. Dans les parties du tissu néoplasique riches en parasites, la karyokinèse fait défaut ou n'est que peu accusée. Au contraire, dans les points où la prolifération des tissus est active, les parasites manquent ou ne se trouvent qu'en petit nombre. On constate la présence des parasites aussi bien dans les foyers cancéreux primitifs que dans les nodules secondaires. On ne les trouve pas toujours dans les nodules qui commencent à peine à se développer, et on ne les rencontre plus dans les foyers très anciens, déjà complètement dégénérés.

Il semble que les parasites du cancer ne se développent pas indifféremment sur toutes les variétés d'épithélium. C'est ainsi que dans un cas de cancer pulmonaire constitué à la fois par de l'épithélium cylindrique et pavimenteux, les parasites ne furent constatés que dans la seconde variété d'épithélium.

Souvent une seule cellule cancéreuse contient plusieurs parasites de différentes dimensions.

Les arguments qu'on a fait valoir contre la nature parasitaire de certains éléments signalés dans le cancer ne peuvent être invoqués contre les éléments histologiques dont il vient d'être question.

En effet, les dimensions de ces corps, leur présence en nombre souvent considérable dans la cellule cancéreuse ne permettent pas de les confondre avec des noyaux cellulaires dégénérés. D'autre part, ils se distinguent nettement par leurs réactions chromatiques et par leur structure, des produits des dégénérescences colloïde, hyaline et cornée.

La dégénérescence muqueuse peut bien donner une réaction analogue à celle que les parasites du cancer manifestent à l'égard de l'hématoxyline, mais les gouttelettes de mucus sont granuleuses; en

outre, elles n'ont pas de capsule et ne présentent pas les autres particularités de structure propres aux parasites du cancer. Ces derniers ne peuvent évidemment être confondus avec les granules d'Altmann, les hématies et les leucocytes. Les inclusions cellulaires dues à la phagocytose ont un autre aspect et se comportent différemment à l'égard des substances colorantes. Jamais aucun noyau d'une cellule épithéliale ne produit, en se fragmentant, de corpuscules semblables aux spores des parasites cancéreux. Les *centrosomes*, l'*archiplasme*, les filaments du *mitome* présentent un acpect caractéristique et se colorent tout autrement que les parasites du cancer. On peut en dire autant des fragments de chromatine dérivés des karyokinèses pathologiques.

Reste donc l'hypothèse de la nature parasitaire des corps en question, hypothèse d'autant plus plausible que l'on peut suivre toutes les phases du développement de ces parasites, à partir du petit corpuscule du volume d'un nucléole jusqu'au sporocyste atteignant les dimensions d'un gros noyau cellulaire.

On n'a pu jusqu'à présent obtenir de cultures du parasite du cancer; mais on n'a pas non plus réussi à cultiver l'hématozoaire de la malaria. Le cancer n'est inoculable, par greffe, que chez les individus de la même espèce animale. Pareillement, l'hématozoaire de la malaria ne se développe pas dans l'organisme des oiseaux. Inversement on connaît une plasmodie analogue à l'hématozoaire de la malaria chez l'homme, plasmodie qui se rencontre dans les corpuscules rouges des oiseaux et qui n'est pas transmissible à l'homme : c'est que les parasites d'origine animale sont spécifiques pour certains organismes et pour certains tissus d'un seul et même organisme.

Dans une tumeur manifestement cancéreuse, on peut ne pas découvrir de parasites, parce que ceux-ci ne s'y trouvent qu'à l'état de spores, difficiles à distinguer du protoplasma cellulaire.

Les parasites du cancer parcourent à l'intérieur de la cellule toutes les phases de leur développement jusqu'à la formation des sporocystes. Leurs spores infectent d'autres cellules et sont transportées avec celles-ci dans les nodules secondaires où le parasite se développe de nouveau et d'où il infecte d'autres éléments histologiques. Les cellules contenant le parasite finissent par mourir et par se désagréger, tandis que les cellules environnantes subissent un processus de prolifération active.

Au point de vue clinique, cette théorie de la nature parasitaire du cancer n'est passible, semble-t-il, d'aucune objection. Pour ce qui concerne le côté anatomique de la question, il reste encore à expliquer la participation du tissu conjonctif au processus morbide et la diversité des formes du cancer. Cette dernière dépend probablement des

réactions individuelles de l'organisme, ainsi que de la variété de l'épithélium qui, le premier, est atteint par le parasite.

L'auteur croit pouvoir conclure que, parmi les différentes hypothèses émises sur les causes du cancer, celles de son origine parasitaire est jusqu'ici la plus vraisemblable, bien qu'elle ne puisse avoir la prétention d'expliquer d'ores et déjà tous les faits cliniques et anatomiques relatifs aux néoplasmes cancéreux.

—

DE L'AGRANDISSEMENT MOMENTANÉE DU BASSIN.
(Symphyséotomie).

Le rapporteur de cette question, le dr Pinard, s'est contenté de noter les observations recueillies dans son service, à la clinique Baudelocque, au sujet d'une méthode qui doit se substituer aux applications de forceps, à la version, à l'accouchement provoqué et, dans la plupart des cas, à l'opération césarienne, lorsqu'il y a disproportion entre la filière pelvienne et la tête fœtale. Déjà le nombre de ses observations est assez considérable pour que les résultats ne puissent être attribués au hasard d'une série heureuse ou malheureuse, et il suffit à montrer ce qu'on est en droit d'attendre d'opérations pratiquées d'une façon méthodique. En limitant ainsi son sujet, il a cru possible de comparer les résultats obtenus par l'agrandissement momentané du bassin avec les résultats obtenus antérieurement, lorsque les mêmes personnes, dans le même service, employaient d'autres moyens.

Depuis le 4 février 1892 jusqu'au 8 mars 1894, 38 agrandissements du bassin ont été pratiqués à la clinique Baudelocque, comprenant 36 symphyséotomies, 1 pubiotomie et 1 ischio-pubiotomie ou opération de Farabeuf. Ces 38 agrandissements momentanés du bassin ont donné, pour la mère, 36 guérisons, et 2 morts, avec 34 enfants vivants et 4 morts.

La première femme qui a succombé était en travail depuis trois jours, l'œuf ouvert depuis soixante-six heures, le liquide amniotique vert, épais et entièrement fétide ; elle avait été touchée en ville plusieurs fois par une sage-femme et par un médecin. L'opération se passa sans incident et fut suivie de réunion immédiate de la plaie superficielle. La mort survint au neuvième jour par septicémie à staphylocoques. Bien que cette femme fût comprise à son arrivée dans son service, il avait pratiqué la symphyséotomie parce que l'enfant était vivant, sachant bien que, si le résultat pouvait être nuisible à sa statistique, il ne pouvait l'être à son opérée.

La deuxième femme morte après symphyséotomie a succombé, au septième jour, à une obstruction intestinale causée par une bride ou plutôt par une frange très mince située à l'union de l'S iliaque et du rectum, et que la laparotomie, pratiquée le cinquième jour, n'avait pu faire découvrir. Il a été impossible de relever dans ce cas le moindre rapport entre la cause de la mort et la symphyséotomie.

Sur les quatre cas de mort survenus chez l'enfant, le premier était dû à une inexpérience, la symphyse ayant été incomplètement sectionnée et le bassin ne s'étant pas trouvé suffisamment agrandi, vu le volume de la tête et le rétrécissement du bassin ; le deuxième est attribuable à l'accouchement provoqué, par trop prématuré ; le troisième à une application de forceps irrégulière avec un écartement préalable insuffisant ; le quatrième à des applications de forceps faites avant la symphyséotomie.

Pinard signale une complication exceptionnelle qui est survenue dans le cas suivant : il s'agissait d'une femme dont le membre inférieur droit était ankylosé sur le bassin et chez laquelle la symphyse n'était plus sur la ligne médiane, mais se trouvait déviée à droite. Dans ces conditions, l'écartement du pubis ne se produisit pas d'une façon symétrique, la moitié droite restant plus ou moins immobile; pendant l'extraction de la tête par le forceps, la vessie fut comprimée de ce côté, et il en résulta une fistule vésico-vaginale.

Dans aucun cas il n'a constaté le moindre accident *pendant la section et l'agrandissement du bassin.* Pendant l'extraction du fœtus, il a vu se produire cinq fois, chez des primipares, une déchirure de la paroi antérieure du vagin, faisant communiquer ce canal avec la plaie opératoire, mais ces déchirures, peu étendues, se sont réunies par première intention, trois fois avec un simple tamponnement, deux fois après l'application de deux points de suture.

Chez toutes ses opérées, la consolidation du bassin fut telle qu'elles purent quitter le lit, se lever et marcher avec facilité en moyenne vers le vingtième jour.

Une d'entre elles est devenue enceinte trois mois après avoir été symphyséotomisée, et la grossesse n'a déterminé aucun relâchement pathologique des symphyses. Une rupture prématurée des membranes l'a fait entrer à la clinique, où après avoir accouché d'un enfant pesant 3,250 grammes, elle a quitté le service au dix-septième jour, complètement rétablie.

Une deuxième opérée est à l'heure actuelle enceinte de cinq mois, et sa grossesse évolue normalement, sans aucune douleur au niveau des articulations pelviennes.

Quant aux enfants, leur développement a été tout à fait normal;

le plus grand nombre ont été revus, se développant tous régulièrement, sauf un chez lequel on constate à l'heure actuelle une hydrocéphalie accusée, mais il est à remarquer, au sujet de cet enfant, que plusieurs tentatives d'application de forceps avaient été faites avant la symphyséotomie.

Pinard compare les résultats obtenus par l'agrandissement momentané du bassin, depuis le 4 février 1892, à ceux que lui avaient fournis, en 1890 et 1891, les accouchements provoqués pour cause de viciation pelvienne : les années 1892 et 1893 lui donnent, sur 38 cas, 36 femmes vivantes et 2 morts, et 34 enfants vivants, avec 4 morts, soit 70 vivants pour 6 morts, alors que les deux années précédentes lui avaient donné, sur 64 cas, 62 femmes vivantes avec 2 morts et 30 enfants vivants seulement, avec 34 morts, soit un total de 92 vivants et 36 morts. Cette comparaison suffit à montrer quels peuvent être les bienfaits de l'agrandissement momentané du bassin, qui permet de renoncer définitivement à l'embryotomie sur l'enfant vivant et aussi à l'accouchement prématuré, indispensable dans tant de cas de rétrécissement du bassin, lorsqu'on n'applique pas la symphyséotomie.

Au point de vue de la technique opératoire, les recherches anatomiques et physiologiques auxquelles s'est livré M.-le prof. Farabeuf l'ont amené à formuler quelques conseils précieux que voici résumés brièvement : on place l'extrémité de l'index gauche au côté gauche du clitoris, très bas, et on en abaisse la racine gauche jusqu'à ce que l'on sente le sommet de l'arcade; sur son ongle on fait aboutir l'incision commencée à la hauteur nécessaire, repassant le bistouri jusqu'à ce qu'on ait bien mis à nu les tissus blancs présymphysiens; les faisceaux du ligament suspenseur médian du clitoris étant sectionnés d'un coup de bistouri transversal, on abaisse la lèvre inférieure de cette petite petite plaie transversale en grattant la symphyse, et bientôt l'*arcuatum* est sous les yeux de l'opérateur, avec son bord inférieur net, poli et absolument libre. Pour la face postérieure de la symphyse, si, après avoir séparé les muscles droits, on introduit le doigt fortement recourbé pour gratter le périoste avec l'ongle ou un instrument mousse, on rejoint sous l'arcuatum la voie naturelle qu'on vient d'ouvrir en avant.

Pour charger alors la symphyse, M. Farabeuf se sert aujourd'hui d'une simple lame d'acier mousse, transformée en gouttière arquée sur une longueur de quelques centimètres, et il ne reste plus qu'à pratiquer la section.

On peut émettre relativement à la symphyséotomie, les conclusions particulières suivantes :

1° La symphyséotomie ou pubiotomie aseptique est une opération non dangereuse;

2° Pour être utile, elle doit être complète et l'écartement préalable du pubis en rapport avec le rétrécissement du bassin;

3° Cette opération ne doit être tentée que dans les cas où le calcul a démontré qu'un écartement de 7 centimètres permettra le passage d'une tête de fœtus à terme;

4° L'écartement du pubis dépassant 7 centimètres, pouvant déterminer des lésions des parties molles, doit être proscrit;

5° Dans les rétrécissements où l'écartement du pubis, poussé à 7 centimètres, ne donnerait pas une étendue suffisante pour permettre le passage de la tête du fœtus, il faut recourir à la section césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique;

6° Dans les cas de bassin oblique ovalaire avec synostose d'une des articulations sacro-iliaques, lorsque le rétrécissement ne permet pas l'accouchement spontané, il faut pratiquer l'ischio-pubiotomie (opération de Farabeuf);

7° Dans les cas d'ankylose du coccyx, empêchant l'accouchement spontané, il faut pratiquer la coccygotomie.

Comme conclusions générales, d'après Pinard, l'embryotomie sur l'enfant vivant doit être à jamais proscrite, et l'agrandissement momentané du bassin, pratiqué dans les limites et les conditions ci-dessus indiquées, doit faire abandonner : 1° l'accouchement prématuré artificiel; 2° toute opération ayant pour but de faire lutter la tête fœtale contre une résistance du bassin non vaincue par les contractions utérines.

RÉGRESSION DES FIBROMES UTÉRINS.

M. Alban Doran a rapporté à l'*Obstétrical Society* de Londres l'intéressante observation d'un femme de 40 ans atteinte d'un fibrome et qui, à la suite d'un coup violent sur le ventre, fut prise de vives douleurs et d'une fièvre intense. On sentait à ce moment dans le cul de sac postérieur une masse dure refoulant le col en avant, s'étendant dans la fosse iliaque gauche et s'élevant jusqu'à l'ombilic. La malade perdit par le vagin des liquides fétides, puis la tumeur se mit à diminuer de volume si bien que deux ans après il n'était plus possible d'en découvrir la moindre trace.

M. Alban Doran a réuni trente-sept cas de régression de fibromes utérins qui se répartissent ainsi : pendant la grossesse, 13 cas ; à la suite de phénomènes inflammatoires, 6 cas ; en dehors de la grossesse et d'accidents inflammatoires chez des femmes de moins de 45 ans, dix cas ; chez des femmes de plus de 45 ans, huit cas.

M. Duncan et Graily Kewit ont vu aussi, dans trois cas, des

fibromes utérins regresser avant la ménopause. Dans l'observation de Duncan il s'agissait d'une femme de 33 ans sujette à de si fortes métrorrhagies qu'on se décida à lui ouvrir le ventre. On trouva des adhérences si étendues et si vasculaires qu'on crut avoir affaire à un sarcome utérin inopérable. Un an plus tard, il revit cette femme et constata avec surprise que la tumeur avait complètement disparu.

E. H.

—

EXTIRPATION DU CORPS THYROÏDE ET TOXICITÉ URINAIRE.

M. le d^r Paul Masoin s'est livré sur cette intéressante question à des recherches expérimentales qu'il vient de publier dans les *Archives de physiologie* et dont voici les conclusions :

1° La toxicité urinaire s'élève après la thyroïdectomie ;

2° La courbe de la toxicité suit sensiblement celle des accidents consécutifs à la thyroïdectomie ;

3° La toxicité s'élève considérablement au moment des attaques épileptiformes et des accès de polypnée ;

4° L'inanition constitue une cause d'erreur qui tend à diminuer le coëfficient urotoxique ;

5° Le régime lacté n'exerce pas d'influence sur l'apparition ni sur le développement des accidents ;

6° Le régime lacté n'exerce pas d'influence sur la toxicité urinaire des chiens éthyroïdés en évolution d'accidents aigus.

Nos expériences, dit l'auteur, confirmant celles de Laulanié et de Gley, constituent donc un argument de plus en faveur de la doctrine qui considère le corps thyroïde comme un organe chargé de détruire des produits toxiques qui, en son absence, s'accumulent dans l'organisme.

E. H.

—

ALIMENTATION DES ENFANTS EN CAS DE DÉBILITÉ ET DE TROUBLES DE LA DÉGLUTITION.

Le d^r Hachsinger a rapporté trois cas de ce genre où à l'imitation de Neumann il a institué l'alimentation à la sonde pendant plusieurs jours et les enfants soumis à ce traitement, qui sans cela seraient infailliblement morts de faim, car ils ne pouvaient plus prendre eux-mêmes de nourriture, furent conservés en vie.

L'alimentation artificielle consista dans du lait de vache stérilisé et coupé avec une solution de sucre de lait à 6 p. c. Cette solution était introduite trois fois par jour à l'aide d'une sonde stomacale. Celle-ci est formée d'une sonde Nélaton n° 8 qu'on partage en deux fragments

au niveau du quart supérieur; entre ces deux parties on fixe un tube en verre et à l'extrémité supérieure du cathéter on adapte un entonnoir en verre. Pour éviter les vomissements on introduit le cathéter jusqu'au milieu de l'œsophage seulement, de telle sorte que le tube en verre se trouve à 6 centimètres environ de la bouche de l'enfant.

Hochsinger ne recommande ce procédé d'alimentation que dans les instituts et dans la meilleure clientèle, attendu que la surveillance médicale la plus stricte et les soins les plus délicats sont les conditions fondamentales du succès.

Si l'on veut éviter l'intolérance de l'estomac, on prendra garde de ne pas introduire la sonde trop souvent ni de trop grandes quantités à la fois, attendu qu'on ne doit viser qu'à empêcher pendant quelques jours certains enfants de mourir de faim.

Le lait doit être donné tiède et versé lentement.

Comme indication de ce traitement l'auteur donne :

1° Les cas de faiblesse ou de paralysie de la déglutition, quelles que soient les causes qui lui donnent naissance;

2° Les cas où la succion est impossible, par suite de débilité congénitale ou acquise à la suite de maladies;

3° Les cas où l'alimentation naturelle est entravée par une affection quelconque de la bouche, de la gorge et du nez. L.

FRÉQUENCE DU REIN MOBILE CHEZ LA FEMME.

Le dr Mathieu a recherché systématiquement le rein mobile chez trois cent six femmes soignées à l'hôpital pour une maladie quelconque, et chez quarante-six femmes traitées directement pour des accidents sérieux de dyspepsie. Il a constaté quatre-vingt-cinq fois le rein mobile chez les premières (soit une sur quatre) et trente-deux fois chez les secondes, c'est-à-dire deux fois sur trois.

Le premier degré, dans lequel on ne peut percevoir qu'une partie du rein, comprend à peu près la moitié des cas. L'autre moitié (deuxième et troisième degré), comprend les cas dans lesquels le rein peut être perçu dans son entier, et ceux, plus rares, dans lequel il est complètement flottant.

L'influence de la grossesse paraît certaine, sans être excessive.

L'intensité des accidents dyspeptiques n'est pas forcément en proportion du degré de déplacement des reins. L.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 24 février 1894.

Le 27 février dernier, est décédé, à Anvers, le doyen d'âge de l'Académie, M. le dr Henri-Prosper Gouzée, qui fut nommé Membre titulaire lors de la création de la Compagnie, en 1841, et devint Membre honoraire le 25 septembre 1880, à cause de son grand âge qui ne lui permettait plus de prendre une part active aux travaux de l'Académie. Il était né à Bruxelles le 29 octobre 1796.

En exécution de ses dernières volontés, aucun discours n'a été prononcé à ses funérailles; mais, se conformant aux traditions, une députation composée de MM. Degive, Président, Willems, premier vice-Président, Desguin, second vice-Président, Masoin, Secrétaire, et Dele, Membre titulaire, a représenté l'Académie à la cérémonie funèbre, et une lettre de condoléance a été transmise à la famille du défunt.

— La famille de M. Billroth annonce le décès de ce savant praticien, survenu à Abbazia le 6 février. Il appartenait à l'Académie en qualité de Membre honoraire depuis le 24 juin 1876.

Sans attendre la réunion de ce jour, une lettre de condoléance a été adressée au nom de l'Académie, à la veuve et à la famille du célèbre chirurgien.

1. Rapport de la Commission à laquelle a été renvoyé l'examen de la note de M. le dr Beghin, à Renaix, portant pour titre : *Observation de ponction vésicale hypogastrique.* — M. Deneffe, Rapporteur.

M. Deneffe, au nom d'une Commission, fait rapport sur ce travail. Ce n'est qu'une observation, mais si typique, caractérisant si bien la valeur de la ponction vésicale, que notre honorable confrère n'a pas voulu qu'elle restât ignorée. Il s'agit d'un vieillard de 87 ans, atteint de lésions cardiaques et prostatiques avec rétention complète d'urine depuis trente-six heures. Tous les essais de cathétérisme ayant échoué, M. Beghin, en présence de la situation grave dans laquelle se trouvait le patient, fit la ponction hypogastrique de la vessie. Il laissa la canule du trocart dans le réservoir urinaire. Pendant quatre jours, celle-ci fonctionna parfaitement et n'incommoda en rien le malade. Le cinquième jour, un peu d'urine filtra par l'urètre et le lendemain, sixième jour, le canal avait repris ses fonctions physiologiques. La canule fut immédiatement enlevée et le malade absolument guéri. Aucun incident ne se produisit du côté des voies urinaires pendant les dix mois que se prolongea la vie de l'opéré. Il fut emporté par les progrès des lésions cardiaques.

La Commission propose d'adresser des remerciements à l'auteur et d'insérer son travail dans le *Bulletin* de la Compagnie. Cette publication servira de préface à la discussion qui va s'ouvrir sur la valeur thérapeutique de la ponction de la vessie.

— Ces conclusions sont adoptées.

2. Rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner la note de MM. F. Hendrickx et Liénaux, agrégés à l'Ecole de médecine vétérinaire de l'Etat, à Cureghem, intitulé : *Calcul vésical chez une chienne; laparo-cystotomie suivie de guérison.* — M. Dessart, rapporteur.

MM. Hendrickx et Liénaux présentent à l'Académie l'exposé d'une observation clinique de grand intérêt.

L'extraction directe d'un calcul par incision de la vessie, à la faveur d'une laparotomie, est une opération qui n'a pas encore, que nous sachions, été pratiquée en médecine vétérinaire. Les auteurs de la note dont nous donnons ici une sommaire analyse en ont donc la priorité jusqu'à démonstration du contraire.

Cette priorité est d'autant plus heureuse qu'un plein et rapide succès a couronné l'entreprise des opérateurs, entreprise fort chanceuse, malgré la susceptibilité relativement peu accusée du péritoine chez les carnivores.

Le diagnostic portait : tumeur dans la cavité pelvienne, déterminant des troubles de l'urination. Il fut décidé que l'ablation de cette tumeur serait tentée au moyen d'une incision du ventre, sur la ligne blanche, depuis l'ombilic jusqu'au bord antérieur du pubis.

La cavité abdominale ouverte, la vessie en émergea aussitôt, remplie et injectée. L'exploration de l'organe y fit découvrir un corps étranger, très volumineux, eu égard à la petite taille de la patiente.

Malgré la gravité du cas, les opérateurs n'hésitèrent pas à diviser les parois de la vessie et retirèrent de ce réservoir un calcul gros comme un œuf de pigeon.

Des sutures avec le catgut au sublimé fermèrent les plaies du viscère vésical et des parois ventrales, le tout soutenu par un pansement antiseptique approprié. D'ailleurs, les précautions aseptiques ordinaires avaient été prises avant l'opération. La guérison fut radicale et obtenue en moins de trois semaines.

Les détails dans lesquels entrent nécessairement MM. Hendrickx et Liénaux rendent leur notice à la fois instructive et attrayante. C'est, en quelque sorte, une démonstration nouvelle de ceci, que, avec la méthode antiseptique mise au service d'une chirurgie habile, la vérité du dicton : *Audaces fortuna juvat* se justifie chaque jour davantage.

Votre Commission a l'honneur de vous proposer d'adresser des remerciements aux auteurs et d'insérer leur travail dans le *Bulletin* de l'Académie.

— Ces conclusions sont adoptées.

DISCUSSION.

Suite de la discussion des rapports de M. Masoin sur l'hospitalisation des épileptiques.

M. Crocq commence par établir les différentes variétés d'épilepsie, syndrome, et non pas maladie, pouvant dépendre de circonstances

très variées. Il distingue des épilepsies accidentelles, qui peuvent être sympathiques, traumatiques ou toxiques, et une épilepsie constitutionnelle dépendant de vices de conformation ou d'altération profondes de l'encéphale. C'est de cette dernière seulement qu'il peut être question dans la discussion. Or, les épileptiques constitutionnels peuvent appartenir à deux catégories : ils peuvent être aliénés ou sains d'esprit. Les premiers ont leur place marquée dans les asiles d'aliénés; mais il n'en est pas de même des seconds, qu'on ne peut y interner.

On ne peut pas non plus, comme la pensée paraît en être venue au Gouvernement, les placer dans les dépôts de mendicité ou dans des annexes de ceux-ci, parce qu'on ne peut les associer aux criminels, aux vagabonds, aux fainéants et aux alcoolisés qui peuplent généralement ces établissements, ni les exposer à être confondus avec cette catégorie de reclus.

On ne peut pas les placer dans les hôpitaux, comme le veut M. Lentz, parce que leur maladie est incurable. On ne peut non plus laisser à leur famille la tâche de les soigner, parce qu'ils n'y trouveront pas les conditions favorables à leur état.

La seule solution qui satisfasse à toutes les exigences est celle formulée par la Commission dans ses conclusions et déjà votée par l'Académie dans la séance du 30 novembre 1889. Elle consiste à créer, pour les épileptiques valides, des établissements spéciaux sous forme de fermes-asiles ou de colonies agricoles, comme on l'a fait dans quelques pays.

On a proposé d'abandonner à la charité privée la fondation de pareils établissements. Certainement, la charité privée réalise de grandes choses; mais elle peut ne pas suffire, et il faut que les autorités suppléent à son insuffisance. Or, cette tâche ne peut être confiée aux communes, le chiffre des épileptiques qu'elles renferment n'étant pas suffisant pour légitimer une semblable institution. Il convient donc d'en charger l'autorité centrale, l'Etat, auquel on s'accorde généralement aussi, à notre époque, à confier le soin des aliénés indigents. Tel est d'ailleurs le sens des conclusions formulées par la Commission et déjà adoptées par l'Académie.

M. Miot considère les propositions émises par M. Semal comme absolument trop administratives et par conséquent hors de la compétence de l'Académie.

D'autre part, elles sont inefficaces pour améliorer la position des épileptiques. On ne peut placer ceux-ci ni dans les hôpitaux, ni dans les hospices mal préparés pour le traitement de ces maladies et où, du reste, ils seront reçus à contre-cœur et mal supportés par les autres hospitalisés; ce serait enfin une injure très grave pour ces malheureux que de les envoyer à Hoogstraeten. Il prétend que l'Académie doit réclamer des mesures de protection beaucoup plus sérieuses et plus utiles. Une des premières et plus importantes serait de chercher à répandre dans les populations des notions bien exactes sur la nature de l'épilepsie.

1° Apprendre qu'elle n'est pas plus diabolique ni plus infamante que toutes les autres affections;

2° Que si l'épilepsie n'est pas toujours curable, elle l'est dans bon nombre de cas, et que le plus souvent on peut obtenir des améliorations qui sont des quasi-guérisons:

3° Que l'épilepsie n'est pas contagieuse;

4° Que si elle est héréditaire, l'hérédité n'est pas fatale; que l'hérédité directe ou similaire est très rare et que le plus souvent elle n'est que la transformation des névropathies des accidents;

5° Que l'épilepsie ne conduit pas fatalement à la folie;

6° Qu'enfin l'épilepsie demande un traitement qui, pour être réellement efficace, exige des conditions qu'on ne rencontre guère que dans des établissements spéciaux.

Le traitement doit être, autant que possible, établi dès l'invasion du mal; il doit toujours être dirigé par le médécin, pas par des charlatans, il doit toujours être continué avec une persévérance opiniâtre; les conditions d'hygiène morale sont de toute première nécessité. Le malade doit être entouré de la plus grande sympathie, il doit être aimé.

Les conditions d'hygiène ordinaire et d'alimentation doivent aussi être l'objet d'une régularité parfaite.

Enfin, en même temps qu'ils sont traités, les épileptiques doivent être instruits et éduqués suivant leur position sociale : pour les uns, une instruction soignée et même la culture des arts d'agrément; pour les autres, l'instruction nécessaire et l'apprentissage.

De ces considérations, il appert que la protection des épileptiques, pour être réellement efficace, demande, non seulement les hôpitaux spacieux réclamés par la Commission de l'Académie, mais encore :

1° Pour les épileptiques, jusque l'âge de 16 à 18 ans, des maisons où, tout en étant soumis à une thérapeutique complète, ils trouveraient les mêmes moyens d'instruction, d'éducation et d'apprentissage que les enfants normaux;

2° Pour les adultes, des ateliers où ils seraient protégés, ou des établissements, des colonies agricoles;

3° Les épileptiques aliénés seraient colloqués dans des asiles ordinaires.

Il faut remarquer que si les épileptiques étaient mieux compris par leurs familles et par la société, un bon nombre seraient conservés et soignés dans leurs familles, les ateliers, et en certains cas même dans les écoles, et alors les dépenses à résulter, du chef de ces établissements, seraient réduites d'une manière considérable.

Reprenant alors les arguments présentés par M. Semal, M. Miot dit qu'il n'est pas possible de se prononcer *a priori* sur la curabilité ou l'incurabilité de l'épilepsie, puisque, selon M. Semal lui-même, il n'y a pas de règles révélatrices du pronostic; c'est du reste ce qui existe, au moins d'une manière absolue, pour la plupart des maladies, même les plus simples.

Quant à la curabilité de l'épilepsie, l'orateur l'admet sur preuves, avec beaucoup d'auteurs belges et étrangers. Les quasi-guérisons surtout sont très nombreuses.

En 1887, M. Semal admettait aussi, même dans les états les plus graves, la curabilité de l'épilepsie, curabilité qui était, disait-il, de notoriété scientifique.

Contrairement encore à l'opinion de M. Semal, M. Miot soutient aussi que certaines préparations pharmaceutiques ont fait leurs preuves dans le traitement de l'épilepsie, entre autres les préparations de *Cocculus menispermus* et les bromures.

Il croit aussi que les expériences que les praticiens pourraient établir, dans les meilleures conditions, soit dans les hôpitaux spéciaux bien installés et sur un grand nombre de sujets, pourraient renseigner des moyens thérapeutiques beaucoup plus certains.

Enfin, il se demande pourquoi le Gouvernement refuserait aux épileptiques, qui se comptent par milliers en Belgique, des sacrifices égaux à ceux qu'il fait si généreusement pour les aliénés moins malheureux, moins curables et pour lesquels la thérapeutique est au moins aussi mal définie.

En terminant, M. Miot estime que, éclairé par la discussion de l'Académie, le Gouvernement accédera aux vœux de ce corps savant; que, s'il ne peut tout faire par lui-même, il subsidiera, il favorisera de toutes façons les établissements privés qui ne tarderont pas à s'édifier dans un pays aussi charitable que le nôtre, quand on connaîtra tout le bien que l'on peut faire.

— La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

VARIÉTÉS.

Un symptôme inconnu de la paralysie faciale. — Dans la paralysie faciale complète, c'est-à-dire quand toutes les branches du facial sont atteintes, quand le voile du palais est paralysé, ***l'œil du côté paralysé ne peut plus pleurer***; la sécrétion de la glande lacrymale de ce côté est tarie. Tel est le nouveau symptôme de la paralysie faciale complète sur lequel *M. Goldzieher* vient d'attirer l'attention. Ce signe a été observé en clinique par l'auteur et plusieurs autres médecins. De plus, M. Goldzieher vient d'en étudier minutieusement la pathogénie et la physiologie pathologique.

On admet, dit-il, que la sécrétion de la glande lacrymale est sous la dépendance du trijumeau. On prétend également que les larmes sécrétées par cette glande servent à maintenir permanente l'humidité de la conjonctive. C'est là une double erreur.

L'auteur démontre que les nerfs sécréteurs de la glande lacrymale sont fournis par le facial; il explique ensuite comment dans les cas de paralysie faciale complète, la conjonctive est encore lubréfiée normalement, du côté où l'œil ne peut plus pleurer.

Il prétend que la glande lacrymale ne sécrète que les larmes desti-

nées aux pleurs; la lubréfaction permanente de la conjonctive est entretenue par une sécrétion propre du sac conjonctival, sécrétion à laquelle président les nerfs vaso-moteurs des vaisseaux de la conjonctive. Cette dernière sécrétion seule est permanente, la sécrétion de la glande lacrymale est intermittente.

Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait clinique est certain, et il a été vérifié par Jendrâssik : dans tous les cas de paralysie faciale *totale*, observés par cet auteur, c'est-à-dire lorsqu'il existait aussi une paralysie du voile du palais, on constatait toujours la *cessation des pleurs du côté paralysé*, c'est-à-dire les pleurs d'un seul œil.

—

Lésions de la région périnéale par le vélocipède.— Le d[r] de Pezzer a publié dans les *Annales des malad. des organ. génito-urin* un travail sur les lésions de la région périnéale causées par le selle du vélocipède.

Il est d'abord quelques exemples de lésions graves, heureusement très rares, soit accidentelles, soit consécutives à une maladie ancienne, non encore guérie, de l'un des organes de la région.

A côté de ces accidents, il en est d'autres plus légers, mais par contre, beaucoup plus fréquents. Ils résultent de la compression et de l'irritation provoquée par la selle du vélocipède sur toutes les parties molles de la région. Cette compression et cette irritation se comprennent sans peine si l'on songe que la selle, déjà très étroite par elle-même, le devient davantage encore lorsque ses deux moitiés sont serrées entre les deux cuisses du cavalier. Cette action nocive varie d'une personne à une autre, cela va sans dire, suivant l'épaisseur des parties molles.

Ainsi, chez certaines femmes, la pression et le frottement prolongé de la selle sur la vulve et l'urètre déterminent des envies fréquentes d'uriner, une inflammation des grandes lèvres, une sécrétion vaginale exagérée, des démangeaisons insupportables de la région ano-vulvaire. Ces accidents cèdent facilement au repos, mais à la longue ils peuvent aller jusqu'à l'urétrite et à la cystite.

Dans quelques circonstances — cela s'observe surtout chez les hommes — les veines hémorroïdales deviennent turgescentes, et cet accident peut revêtir un réel caractère de gravité lorsqu'il s'agit d'un homme qui est déja hémorroïdaire; d'autre fois c'est la turgescence de la prostate qui domine, et c'est à cette turgescence qu'il faut attribuer la rétention d'urine, d'ailleurs momentanée, qu'accusent certaines personnes au moment où elles descendent de bicyclette.

Il n'est pas jusqu'au système nerveux de la région qui ne puisse souffrir de l'usage de la bicyclette. Les malades chez lesquels cette partie du système nerveux est particulièrement intéressée accusent un sentiment d'engourdissement, parfois même une véritable insensibilité de la région périnéale. Ce dernier accident cède facilement lui aussi: il suffit de quelques frictions sur le périnée.

—

Statistique de l'épidémie du choléra d Hambourg. — Tandis que chaque année Hambourg voyait sa population s'accroître de 2 à 4

pour 100, en 1892 celle-ci a diminué de 2,808 individus. Les causes de cette dépopulation sont multiples, mais l'influence directe ou indirecte du choléra est de beaucoup la plus importante.

Du 16 août au 12 novembre 1892 on a compté à Hambourg 16,965 cholériques, qui ont fourni 8,705 décès, soit environ 50 %, ce qui est le chiffre le plus habituel.

Pour les enfants au-dessous de cinq ans, la mortalité relative a dépassé notablement cette moyenne (environ 90 % dans la première année); de 5 à 25 ans, la mortalité n'a pas été des deux cinquièmes des individus atteints ; au-dessus de 25 ans, le choléra s'est montré d'autant plus redoutable que le malade était plus âgé. Le choléra a été particulièrement grave pour les alcooliques, ce qui avait déjà été remarqué ailleurs.

Une statistique des cholériques a été établie suivant leur fortune. Elle a montré que l'épidémie avait atteint toutes les classes de la société et que la mortalité avait été à peu près la même pour les riches et les pauvres.

En ce qui concerne les causes, le rapport officiel insiste sur la question de l'alimentation de la ville au point de vue de l'eau et le juge fort défectueuse

—

Encombrement de la carrière médicale. — Ce n'est pas seulement chez nous qu'on se plaint de l'encombrement de la profession médicale; on sait que, en Allemagne, le ministre a récemment adressé une exhortation aux pères de famille pour les prier de ne pas diriger leurs fils vers les études universitaires, vers les études médicales en particulier; l'encombrement paraît devoir se produire également à bref délai en France où le nombre des médecins est jusqu'à présent relativement peu considérable :

Le rapport pour l'année 1893 donne un accroissement de 1,166 étudiants fréquentant les cours de l'enseignement supérieur à Paris sur les chiffres de l'année précédente.

Depuis cinq ou six ans cette progression est constante.

Les facultés de droit, de médecine, des lettres et des sciences y participent toutes à des degrés divers, mais l'augmentation est surtout marquée pour les deux premières.

M. Brouardel pousse un véritable cri de détresse. Présentement il ne sait plus où caser les élèves en médecine. Il se demande comment plus tard, devenus médecins, ils trouveront à gagner leur vie.

A l'heure actuelle, en effet, dans les facultés de médecine, le chiffre des étudiants inscrits égale au moins la moitié des médecins en exercice dans toute la France.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE.

Bassin de 7 1/2 centim. — Position O. T. G. — Trois essais de forceps. — Transforation. — Couches normales.

Le 24 avril courant, dans l'après-midi, on nous apporte en charrette, d'un village distant de 3 lieues de Louvain, une pauvre femme en travail que le médecin de la localité n'est pas parvenu à délivrer. Il a appliqué trois fois le forceps; et trois fois l'instrument est revenu à vide.

Les deux accouchements précédents ont été extrêmement laborieux : il a fallu recourir aux fers et les enfants ont été extraits morts. — Le travail actuel a débuté dans le commencement de la nuit.

Grande femme solidement charpentée, chez laquelle on ne soupçonnerait pas, à première vue, une viciation pelvienne.

Utérus volumineux, ovoïde, ferme, ne permettant pas de reconnaître la position par le palper — ni par l'auscultation. — Organes génitaux externes et vagin gonflés et bleuâtres ; chemise plein de sang.

Dans le vagin, très bas, une grosse tumeur arrondie mollasse, qui a fait diagnostiquer par un élève une présentation engagée du siège. Il s'agit simplement d'un œdème considérable du cuir chevelu, aux confins duquel, très haut, le doigt tombe sur la surface osseuse et lisse du crâne. — Malgré l'œdème je reconnais la suture sagitale, tout près du sacrum dans le diamètre bisiliaque, et la petite fontanelle à gauche. — La voûte du crâne est enclavée dans le diamètre sacro-pubien; sa convexité est déformée en dos d'âne et le pariétal antérieur chevauche sur le postérieur. — Le col est inaccessible, et la saillie de la tête m'empêche d'arriver au promontoire, mais le sacrum, plat et horizontal, est facile à atteindre. Si l'enfant était vivant, nous pratiquerions la symphyséotomie... Mais nous avons la certitude morale de sa mort et nous nous décidons à l'extraire par la méthode d'embryotomie que nous considérons comme la plus inoffensive pour la mère.

Il est grand temps d'ailleurs d'intervenir : la femme épuisée a hâte

d'être délivrée : pouls, petit et faible, à 120 ; lèvres et langue sèches ; utérus en état de contraction presque permanente.

La femme est chloroformée et les élèves sont introduits dans la salle d'opérations.

Large injection au sublimé et lavages de désinfection. J'introduis la main gauche, qui forme gaîne autour de la poire du transforateur, et j'empoigne le crâne. — La main introduite confirme le diagnostic de position O. T. G. et constate que le frontal droit est fracturé. Le pariétal l'est aussi car il se laisse déprimer et fuit sous la pression du perforateur. Une assez grande quantité de sang noir s'échappe à ce moment du crâne et indique que l'enfant a succombé à une apoplexie. Le cerveau est broyé dans toutes les directions et je fais constater par le sondage que la pointe de l'instrument est dans le trou occipital. — Je l'en dégage et la dirige à droite vers la face — un peu trop comme on le verra plus loin — puis, la branche protectrice est placée de ce côté sans aucune difficulté.

La distance qui sépare le bas de la gouttière de cette branche de la poignée du térébellum est d'environ 2 travers de doigt — des os beaucoup plus épais que ceux de la voûte sont donc saisis entre les extrémités supérieures de l'instrument : je les traverse violemment sans éprouver cependant grande résistance et ce sont plutôt des lamelles friables que des os bien compacts qui crépitent sous le broiement. Une légère traction amène d'abord l'expulsion de la masse cérébrale en paquets ; la voûte s'allonge et se moule dans le bassin, mais j'ai la sensation que le crâne ne s'engage pas et que la pince va lâcher prise. L'objection que le transforateur n'est pas un bon instrument d'extraction, serait-elle fondée ? — Pas du tout, et l'insuccès s'explique naturellement par les conditions exceptionnelles du cas présent : le térébellum est sorti juste entre les deux yeux, détruisant les os nasaux et l'ethmoïde mais sans entamer le sphénoïde. — Or le forceps ayant brisé le frontal, la pince n'a pas trouvé de points d'appui solides ; elle ne tient que de la peau et, plutôt que de lui voir arracher le morceau, je la retire.

Fallait-il pratiquer une nouvelle transforation pour détruire la base non démolie ? C'eût été l'affaire de quelques instants — mais était-ce bien nécessaire chez une femme qui avait été accouchée deux

fois par le forceps? — Je ne le croyais pas et je saisis la voûte dans les mors du cranioclaste.

En pesant sur l'instrument je m'aperçus qu'il aurait fallu un effort considérable pour engager la base du crâne de champ et, changeant de tactique, je la fis basculer de manière à la diriger du diamètre sacro-pubien vers la ligne oblique sacro-souspubienne : la tête tomba alors pour ainsi dire d'elle même au fond de l'excavation.

La tête et le tronc sont dégagés lentement et de manière à ne pas léser le périnée.

Délivrance par expression une 10e de minutes après l'accouchement.

Nous jugeons prudent, en raison des nombreuses introductions d'instruments et de mains qui ont été nécessaires, de pratiquer une large injection sublimée dans la matrice — et nous profitons du moment pour mesurer le bassin du doigt. — L'angle vertébral est fortement saillant; la ligne sacro-souspubienne nous donne près de 9 centim. et, tenant compte de la direction et de la hauteur de la symphyse pubienne, nous estimons que le diamètre conjugué vrai est de 7 1/2 centim. au maximum. — Enfant volumineux, pesant près de 4 kilogr. La joue gauche porte de profondes meurtrissures produites par le forceps. — La poire du térébellum, comme nous l'avons dit, est sortie juste entre les deux yeux, propulsant les globes oculaires et détruisant l'ethmoïde, les os du nez, les faces internes des orbites.

Couches. Les suites de couches ont été absolument normales. La plus haute température a été notée le soir de l'opération : 37,9° C.; — le lendemain elle était à 37,6° le matin, à 37,5°, le soir.

Urines rendues spontanément; lochies normales; montée du lait sans retentissement sur la température et le pouls.

La femme a quitté la maternité le 4 mai, complètement remise de ses couches. Dr EUGÈNE HUBERT.

DE L'ENTÉROPTOSE.

L'entéroptose, appelée encore du nom de son inventeur maladie de Glénard, a décidément conquis une place honorable dans la nosographie.

La conception de l'entéroptose, toute récente, a des rapports très

étroits avec les faits plus anciennement connus du déplacement du rein, mais, contrairement à l'ancienne interprétation pathogénique qui place dans la mobilité du rein la cause de la maladie, l'auteur a été amené par l'observation clinique, par l'anatomie normale et pathologique, à adopter une doctrine qui fait jouer à l'intestin le rôle prépondérant.

Nous résumons les principales propositions dans lesquelles le dr Glénard a résumé dernièrement ses idées :

— Le syndrome classique du rein mobile, tel qu'il est formulé dans les auteurs, est inexact. — Le rein (non malade) peut être mobile sans qu'aucun des symptômes subjectifs locaux (sensation de boule, tiraillements, etc.) ou généraux trahisse cette mobilité.

— Le procédé classique de palpation du rein est insuffisant (palpation par la paroi abdominale antérieure seule ou palpation bi-manuelle sans intervention des mouvements respiratoires). — Cette palpation ne décèle que les cas d'ectopie extrême. La percussion ne peut être d'aucune utilité.

— Le rein mobile s'abaisse sous l'influence du mouvement d'inspiration. C'est sur ce caractère nouveau — dont la notion est attribuée à tort à Israël — que le dr Glénard a basé son procédé de palpation consistant, après avoir ramené le rein sous le foie en soulevant la région lombaire, à placer les doigts à l'affût de son abaissement sous l'influence d'un mouvement d'inspiration.

— Il y a quatre degrés de mobilité du rein. — Dans le premier degré, on n'atteint que le pôle inférieur, sans pouvoir retenir le rein. Dans le deuxième, on atteint et l'on peut retenir le corps du rein. Dans le troisième, on atteint et on dépasse le pôle supérieur. Enfin, dans le quatrième, ces trois régions sont accessibles même dans le mouvement d'expiration.

— Le rein mobile, considéré autrefois comme fort rare, est d'une grande fréquence. Au lieu de la proportion ancienne de 1 à 2 %, c'est 13 % qu'il faut dire d'après les statistiques de l'auteur, qui concordent, et dont le total donne aujourd'hui 537 cas de néphroptose sur 4215 malades examinés systématiquement.

— Dans chacune des séries isolées et successives dont se compose sa statistique, on retrouve les mêmes proportions relatives au sexe et au degré de mobilité du rein (2,7 % chez les hommes, 22 % chez les femmes). La néphroptose est unilatérale dans 80 % des cas et 99 fois sur 100 il s'agit du rein droit. Lorsque la néphroptose est unilatérale à gauche — ce qui est rare : 9 cas sur 537 — il s'agit d'une maladie du tissu rénal. Sur 100 femmes atteintes de néphroptose unilatérale droite du troisième degré, variété la plus fréquente, il y a 64 femmes pares, 11 nullipares et 23 jeunes filles.

— La prédominance de la néphroptose chez la femme, chez la femme pare, et à droite, est due à l'action combinée de la grossesse, d'une part, du corset et du foie de l'autre. Ce sont là, du moins, les causes prédisposantes. Le traumatisme, l'effort, sont les causes déterminantes. Chez l'homme il faut invoquer un autre processus — mais qui se rencontre aussi chez la femme — celui de l'entéroptose.

— La néphroptose (du rein sain, d'ailleurs) n'est rencontrée que dans les dyspepsies (20 %), les névropathies (20 %) et les affections classées dans la lithiase biliaire (11,5 %).

— Les crises douloureuses, gastriques ou abdominales, qu'on rencontre chez les malades atteints de rein mobile, et dans la proportion de 18 %, se présentent avec des caractères identiques (périodicité, relation avec des aliments indigestes, etc.) chez des malades dont le rein n'est pas mobile.

— La prétendue maladie du rein mobile, qui peut exister sans rein mobile, est une affection digestive intestinale.

— L'efficacité d'une ceinture hypogastrique, efficacité si grande chez certains sujets atteints de la prétendue maladie du rein mobile, ne doit pas être attribuée à la reposition ou à la fixation du rein. En effet, 1° elle ne peut relever ni fixer le rein; 2° elle est plus efficace lorsqu'elle a la forme d'une sangle relevant et comprimant fortement l'hypogastre que lorsqu'elle est munie d'une fourche appliquée contre le rein mobile; 3° elle peut avoir son maximum d'indication et d'efficacité chez les malades dont le rein n'est pas mobile.

— Les symptômes contre lesquels la sangle se montre le plus habituellement efficace et qui justifient son indication, sont des symptômes d'astatique abdominale, à savoir faiblesse, lassitude, délabrement, vertiges, oppression, gêne de la marche; lourdeur et pesanteur d'estomac, lourdeur et descente du ventre; douleurs de rein du côté droit, etc.

— Même dans les cas où l'indication de la sangle est très nette, il est exceptionnel qu'elle suffise à guérir à elle seule. Il faut lui associer les laxatifs quotidiens, et fréquemment aussi les alcalins et le régime.

— Chez les « malades à sangles », qui ont été guéris ou améliorés par la combinaison des quatre agents thérapeutiques précédents, l'indication de la sangle persiste la dernière et, le plus souvent, persistera toujours. La sangle répond donc à l'indication fondamentale de la maladie.

— C'est chez les malades maigres et à ventre creusé que la sangle, jusque-là réservée aux ventres en besace, trouve ses plus urgentes indications et sa plus grande efficacité.

— La sangle n'est efficace que lorsqu'elle comprime le ventre tout en le relevant par sa partie la plus déclive. Elle agit évidemment en combattant l'hypostase de l'abdomen et le prolapsus de viscères autres que le rein.

— Les symptômes intestinaux des maladies à sangle, et, entre autres, ceux du rein mobile, sont liés à la ptose de l'intestin.

— Le procédé de palpation « par glissement », que l'auteur fait connaître, appliqué à l'intestin, permet de déceler parfois chez le vivant la réduction de calibre de divers segments du côlon, se présentant sous forme de cordons plus ou moins étroits qu'on peut ainsi isoler et faire rouler sous les plans sousjacents (boudin cœcal, corde colique, cordon sigmoïdal).

— La sténose d'un ou plusieurs segments du côlon a été rencontrée par lui chez 14 % des malades (507 sur 3500). Sur 100 cas il y a 69 femmes et 31 hommes.

— Les sténoses qu'on rencontre le plus souvent sont celle qui est limitée au cœcum, puis celle qui s'étend au cœcum et au côlon transverse, ensuite celle qui est limitée au transverse (corde colique). La sténose étendue aux trois segments du côlon est la moins fréquente.

— Les maladies à sténose revêtent une allure névropathique à peu près constante, mais sous laquelle existent toujours des troubles digestifs.

— Bien que les signes de mobilité du rein et ceux de sténose intestinale soient fréquemment rencontrés séparément, il existe entre eux une relation manifeste. Sur 100 cas de colo-sténose transverse il y a 60 cas de néphroptose, et sur 100 cas de néphrotose, 30 cas de colo-sténose transverse.

— La fréquence relative, et suivant les sexes, soit de la sténose ou de la néphroptose isolées, soit de ces deux anomalies combinées, conduit à admettre qu'on peut invoquer trois modes pathogéniques : un processus primitif de sténose, avec néphroptose consécutive, qui serait plus spécial à l'homme ; un processus commun à la néphroptose et à la sténose, commençant indifféremment par l'un ou l'autre et qui serait plutôt l'apanage de la femme; enfin un processus de néphroptose primitive, avec sténose consécutive, plus spécial à la femme.

— Non seulement la sténose transverse, lorsqu'elle coïncide avec le rein mobile, s'accompagne toujours de symptômes à sangle, contre lesquels la sangle est toujours efficace; non seulement la maladie est toujours digestive et névropathique, mais encore la dyspepsie qui l'accompagne présente ce caractère particulier que le maximum des malaises a lieu trois heures après le repas et que le régime carné strict est indispensable. Il y a donc une relation étroite entre une

certaine forme de dyspepsie chez les néphroptosées et une disposition particulière du côlon transverse.

En résumé, d'après la doctrine de l'auteur, *l'intestin peut être prolabé comme le rein, avec ou sans lui. Ce prolapsus peut engendrer une affection digestive en créant des obstacles à la progression des contenta. Il peut aussi, dans une phase plus avancée, entraîner la sténose du côlon, ajouter les troubles de la tension abdominale à ceux de la statique viscérale.*

Il invoque l'anatomie normale et pathologique ainsi que la clinique pour justifier sa doctrine.

Il affirme dans tous les cas que la thérapeutique a puisé dans sa doctrine une intervention bienfaisante pour des malades qui jusque-là faisaient le désespoir des médecins.

Comme l'a dit le dr Mathieu dans la discussion qui a suivi la communication du dr Glénard à la Société médicale des hôpitaux, celui-ci a rendu par ses recherches sur la néphroptose et sur l'entéroptose de réels services, et il a fait connaître des faits nouveaux, mais sa conception théorique ne peut être acceptée aussi absolue qu'il l'a présentée.

Le rein mobile à lui seul n'est pas toujours latent, et il révèle parfois sa présence par des symptômes qui n'appartiennent pas à l'entéroptose.

C'est ainsi que les chirurgiens — et nous avons eu déjà maintes fois l'occasion d'intervenir efficacement dans des cas de cette espèce — pratiquent avec succès la fixation du rein ou néphropexie pour remédier aux symptômes que le dr Glénard rattache exclusivement à l'entéroptose.

L'entéroptose existe néanmoins et pour en préciser le diagnostic, nous résumons une observation d'un cas typique publié par le dr Godart dans *la Policlinique :*

Femme de 34 ans, ayant eu plusieurs enfants, souffrant depuis plusieurs années : fortes douleurs en ceinture, sensation désagréable de pesanteur à l'épigastre, quelque temps après le repas; cependant, l'*appétit* est conservé, non capricieux et la malade mange bien. Elle vomit souvent une petite quantité d'aliments. Le lait pèse sur l'estomac. Les *selles* sont difficiles, dures, rubanées. Parfois, des vapeurs et du gonflement du ventre, des sensations de malaise accompagnent la période de digestion.

A l'inspection du ventre, l'épigastre est creux, le ventre est gros à sa partie inférieure; on constate de nombreuses vergetures sur la paroi abdominale; le ventre est flasque, s'étale quand la malade se couche, se laisse facilement déprimer par la palpation.

Il existe un degré notable d'éventration, les muscles droits sont écartés de quatre travers de doigts environ.

Au palper, en enfonçant les doigts sur la ligne médiane l'on arrive à sentir très facilement la colonne vertébrale et, au-dessus de l'ombilic, on peut percevoir très facilement les battements de l'aorte.

En appuyant un peu en dehors et à droite de l'ombilic, on constate une tumeur transversale, semblable à un cordon de la grosseur de deux doigts, que l'on peut abaisser de 1 ou 2 centimètres et qui remonte en donnant une sensation de ressaut, si l'on essaie de forcer cette descente.

A droite, dans la fosse iliaque, on délimite un boudin long de 6 à 7 centimètres, large de 2 centimètres, que l'on sent rouler sous les doigts; la pression sur ce boudin provoque de la douleur.

Dans la fosse iliaque gauche, un cordon est également sensible à la palpation, mais moins que le boudin qui existe au flanc droit.

Le rein droit est accessible pendant les mouvements d'inspiration.

La percussion de l'estomac démontre que la petite courbure descend à 9 centimètres sous l'appendice xyphoïde.

Le soulèvement, à l'aide des deux mains, de la partie inférieure du bas-ventre amène un grand soulagement, la malade respire plus facilement, ne sent plus de malaise.

Que sont en définitive les signes principaux de l'entéroptose désignés par Glénard sous le nom de *boudin iléo-cœcal*, de *corde colique transverse* et de *cordon sigmoïdal?*

Ce sont, comme le dit le d[r] Godard, les trois parties du gros intestin qui ont subi une transformation, par suite des variations dont ils ont été l'objet; cette transformation consiste surtout en rétrécissement de la lumière intestinale, et en épaississement des parois du viscère, déterminés par la stase des fèces, à travers l'organe prolabé et étranglé par certaines attaches mésentériques.

Au niveau du cœcum perceptible, on constate le *boudin iléo-cœcal* formé par le cœcum et parfois la partie inférieure du colon ascendant. Le colon transverse donne la sensation d'une corde, la *corde colique transverse*, que l'on peut faire descendre de 1 à 2 centimètres, et qui, passé cette limite, remonte en produisant un ressaut. Le troisième segment perceptible, donnant la sensation d'un cordon, le *cordon sigmoïdal*, c'est l'S iliaque du colon, qui est parfois rétréci au point de n'être pas plus gros qu'une plume d'oie, ainsi que Glénard a pu le constater sur le cadavre.

L'estomac, dans l'entéroptose, n'est pas exempt de changement dans sa position : il est abaissé parfois totalement, parfois en partie; la petite courbure qui entoure généralement l'appendice xyphoïde descend beaucoup plus bas et est ordinairement séparée de plusieurs centimètres de cet os.

La grande courbure atteint souvent l'ombilic, le dépasse même, et si l'on n'est pas prévenu, le clapotement sous-ombilical aidant, on prendra pour de la dilatation une simple descente en masse du viscère.

Un bon moyen pour constater la ptose stomacale consiste à distendre artificiellement l'organe par des gaz, soit au moyen du bicarbonate de soude et de l'acide tartrique, soit au moyen de l'insufflation par la sonde œsophagienne.

Et maintenant quelle est la cause de cette chute de l'intestin dans la cavité abdominale, de cette chute du rein, de cet abaissement fréquent également du foie dont le bord se trouve sensiblement en dessous du rebord costal?

Dans un grand nombre de cas, c'est l'insuffisance des moyens de contention qui servent à maintenir en équilibre les organes de cette cavité : c'est ainsi qu'il s'agit le plus souvent de femmes ayant eu un certain nombre de grossesses, qui ont le ventre flasque ou même de l'éventration, ou de femmes qui ont subi une opération pour une tumeur volumineuse.

C'est ce que le d^r Gallet appelle dans *la Clinique* la *cœliectasie*, qui est constituée, dès qu'il existe une dilatation permanente et définitive de la cavité abdominale, par le relâchement de sa paroi.

Nous avons indiqué plus haut les moyens proposés par le d^r Glénard pour combattre les troubles produits par l'entéroptose, notamment la ceinture hypogastrique, les laxatifs et le régime; on peut ajouter à ces moyens le massage, très utile souvent, de l'abdomen.

Vient ensuite l'intervention chirurgicale, non plus seulement la néphropexie qui est pratiquée depuis longtemps et qui ne remédie pas à tous les désordres, mais la restauration de la paroi abdominale; une fois la cœliectasie reconnue, comme le dit le d^r Gallet qui a pratiqué avec succès un des premiers cette opération qui nous paraît appelée à un certain avenir, l'idée de retrécir chirurgicalement la cavité dilatée devait naître inévitablement.

Cette opération consiste en une résection d'une portion plus ou moins considérable de la paroi abdominale. Ordinairement on fait un lambeau de forme losangique.

Une fois le lambeau tracé on résèque tous les tissus compris entre les deux muscles droits et l'on résèque également une portion du péritoine. Puis l'on fait plan par plan et avec le plus grand soin la suture de la 'paroi abdominale. La suture des muscles droits est surtout importante.

En tout état de cause, il était bon d'appeler l'attention des praticiens sur les troubles fréquents de la statique abdominale, qui revêtent le plus souvent le caractère de la dyspepsie nerveuse et sont englobés dans le diagnostic banal de la neurasthénie. L.

DU REIN MOBILE.

Nous avons indiqué l'opinion du dr Glénard sur le lien qui rattache la mobilité du rein à l'entéroptose; il reste néanmoins incontestable, comme nous l'avons dit, que le rein mobile existe pour son propre compte et domine quelquefois la scène morbide.

Pour familiariser nos lecteurs avec les signes de cette affection, nous utilisons une étude publiée par le dr Savigny dans la *Revue de thérap*.

Nous n'insistons pas sur la fréquence vraiment excessive du rein mobile, un mot seulement de son étiologie :

Les causes de l'ectopie rénale ne sont guère élucidées : elle a pu se produire brusquement à la suite d'un traumatisme, d'une chute, que l'action violente ait ou non porté directement sur le rein. Les efforts de défécation, etc., ont une action déterminante bien nettement signalée dans quelques cas. Les affections des reins, les tumeurs notamment, conduisent au déplacement de l'organe en augmentant son poids. La périnéphrite, qui amène la fonte de la loge cellulo-graisseuse du rein, prédispose à l'affection.

Du côté droit, les affections du foie entraînent assez souvent l'ectopie rénale; il suffit de signaler celles qui se traduisent par une augmentation du volume du foie.

Toutes les affections qui s'accompagnent d'un amaigrissement considérable diminuent la puissance des moyens de fixité du rein, en amenant la fonte partielle de la loge adipeuse; telles sont les maladies cachectisantes, les fièvres graves.

Le déplacement du rein comme celui du foie est grandement favorisé par la perte de tonicité des parois abdominales, perte qui entraîne une diminution de la pression intra-abdominale. C'est par ce mécanisme qu'il faut interpréter l'influence des grossesses multiples.

On a cherché à expliquer la mobilité à droite du rein par le poids plus considérable du rein droit. ce qui n'est pas; les affections du foie peuvent donner en partie la clef de la fréquence plus grande à droite; en outre, d'après Landau, le rein droit serait moins solidement maintenu en place que le rein gauche.

Les *symptômes* du rein mobile sont des plus variables, et l'affection se présente sous des formes cliniques très nombreuses. Il peut arriver que le rein mobile ne provoque aucun symptôme pénible et ne gêne aucunement le malade, qui n'ignore pas cependant son affection. On constate seulement l'existence d'une tumeur abdominale, qui disparaît lorsque le rein réintègre son domicile.

Le début est généralement ignoré, sauf dans les cas de production brusque de l'affection à la suite d'un traumatisme.

Lorsque l'affection se développe progressivement, lentement, elle

peut rester inaperçue pendant fort longtemps, cependant il arrive en général un moment où des accidents variables surviennent et dont la nature commande une exploration de l'abdomen.

Les premiers phénomènes qui attirent l'attention sont des sensations douloureuses dans l'abdomen et dans la ceinture abdominale. Si le déplacement se produit brusquement à la suite d'un effort, d'un traumatisme, le patient ressent une *douleur* vive, brusque, dans la région lombaire, douleur qui est accompagnée d'une sensation de déchirure de craquement, et parfois de quelque chose qui se déplace dans l'abdomen. La douleur qui peut être assez vive pour provoquer une syncope s'exaspère dans l'attitude verticale, dans la marche, dans les efforts, par les mouvements imprimés par une voiture. Elle prend souvent un caractère névralgique avec irradiations douloureuses diverses dans la paroi abdominale (névralgie intercostale, lombaire, sciatique) ou du côté des épaules. La position horizontale et le repos font disparaître à peu près complètement les sensations douloureuses.

Un autre syndrome survient dans la néphroptose sous forme de *crises* se reproduisant à des intervalles variables et effraie beaucoup les malades. Il consiste dans la production subite d'une douleur extrêmement aiguë dans l'abdomen, à la suite d'une fatigue, d'un effort ou d'une promenade en voiture. La tendance à la syncope, la pâleur de la face qui se grippe, les sueurs froides dont se couvre la peau, la petitesse et la fréquence du pouls, l'accélération de la respiration qui devient superficielle, les vomissements et les nausées, le ballonnement et la sensibilité de l'abdomen, tout en impose pour une péritonite aiguë.

En même temps, on constate que les urines sont rares, hautes de couleur, parfois sanguinolentes, l'albumine fait souvent défaut. Si l'on cherche à palper l'abdomen, la douleur très vive empêche souvent l'examen, cependant lorsque ce dernier est possible, on arrive à se convaincre qu'il existe seulement une région très douloureuse dans l'abdomen; la douleur maxima correspond à une tumeur qui occupe un siège variable, qui est mate à la percussion et que l'examen ultérieur et la marche de la maladie montreront être le rein tuméfié par la congestion.

Cette crise douloureuse dure de quelques heures à plusieurs jours; elle a ceci de particulier qu'elle disparaît subitement à un moment donné sous l'influence du repos au lit. Si l'on examine les malades au moment de la disparition des accidents, on constate que la tumeur a disparu, c'est le rein qui a repris sa place; en même temps les malades rendent une quantité considérable d'urine : c'est le bassinet dilaté par l'urine, qui se vide.

Ces accidents ont été décrits sous le nom d'étranglement rénal. On a supposé avec beaucoup de vraisemblance que le rein en se déplaçant amène la torsion de l'uretère, ce qui produit une hydronéphrose aiguë. Il est possible que la torsion des vaisseaux produise un obstacle à la circulation et une stase veineuse qui contribue à l'augmentation congestive du rein.

C'est à cet ensemble de symptômes qu'on donne à présent le nom d'*hydronéphrose intermittente.*

Outre les phénomènes nerveux locaux, on observe des *phénomènes nerveux généraux* pour ainsi dire, qui font du malade un neurasthénique. L'état général nerveux peut même devenir prédominant; les malades sont nerveux, moroses, apathiques. Les femmes peuvent présenter des accidents hystériformes légers.

Les *troubles digestifs* sont d'un autre côté très communs et revêtent la forme de la dyspepsie douloureuse avec dilatation de l'estomac. Plus rarement il existe des vomissements, mais les crises gastriques ne sont pas rares chez les femmes au moment des époques. L'hyperchlorhydrie est le trouble sécrétoire qui coïncide le plus fréquemment avec la dyspepsie associée au rein mobile.

Dans le plus grand nombre des cas, on constate les signes d'une *distension stomacale* plus ou moins grande, mais on ne connaît guère les rapports qui existent entre la dilatation et l'affection qui nous occupe.

La *constipation* est assez fréquente et paraît tenir à la parésie qui atteint l'intestin comme l'estomac.

Les troubles de la sécrétion urinaire sont assez rares, l'urine peut être rare et foncée, mais on a constaté aussi dans quelques cas une polyurie très abondante en dehors même des crises tenant au déplacement du rein.

Pour le diagnostic, c'est la *palpation* qui donne les meilleurs résultats. On sent dans une région variable de l'abdomen une tumeur consistante, mate à la percussion, tantôt indolore, tantôt douloureuse ou sensible.

M. Glénard a décrit ainsi en trois temps sa méthode de palpation :

1° L'*affût* : On saisit solidement de la main gauche, le pouce en avant, les quatre doigts en arrière, les parties molles situées au-dessous du rebord des fausses côtes; on complète l'anneau en dedans avec la main droite. Dans cette position, on ne doit sentir normalement aucun organe s'engager dans l'anneau lorsqu'on fait faire au malade une inspiration profonde;

2° La *capture* consiste à retenir l'organe entre le pouce et le médius de la main gauche;

3° *L'échappement* : On laisse échapper l'organe en le faisant passer de bas en haut entre les doigts de la main gauche. Lorsque le rein passe, on sent un ressaut qui est également perçu par le malade.

Le pronostic du rein mobile n'a absolument rien de grave, et néanmoins il faut que la maladie soit reconnue pour prévenir les accidents sérieux qu'elle entraîne : crises douloureuses, hydronéphrose et pyélite.

Pour le *traitement* du rein mobile, lorsque bien entendu l'affection s'accompagne de symptômes pénibles, on peut d'abord essayer de maintenir l'organe dans sa loge à l'aide d'un bandage approprié.

Celui-ci consiste dans une simple ceinture abdominale, d'une hauteur égale à peu près à celle de la paroi. Au niveau du rein, on la double d'une pelote légèrement convexe destinée à maintenir l'organe en place.

Pour rendre à la paroi abdominale la tonicité qu'elle a perdue, on prescrira utilement le massage, les douches, les applications froides; contre les crises d'étranglement rénal, on conseillera le repos au lit, les bains chauds, l'opium à l'intérieur et la glace sur le ventre.

Dans le plus grand nombre des cas, on sera obligé de recourir à l'intervention chirurgicale, à la néphropexie, dont l'innocuité est, peut on dire, absolue. L.

SYMPTOMES ET TRAITEMENT DE LA DILATATION DE L'ESTOMAC.

D'après une analyse du *Bulletin médical*, le d[r] Broadbent partage les symptômes de la dilatation gastrique ou symptômes d'ordre gastrique, d'ordre mécanique, d'ordre réflexe et d'ordre toxique.

Symptômes gastriques. Le plus caractéristique consiste dans les *vomissements*. Les matières vomies sont brunes et odorantes; elles proviennent de repas faits la veille ou les deux ou trois jours précédents. Les matières vomies sont en quantité énorme. Elles ne renferment pas d'acide chlorhydrique libre. Le contenu stomacal, étudié par le tubage, en dehors des vomissements, ne contient pas non plus d'acide chlorhydrique.

Dans d'autres cas les vomissements, au lieu de se produire tous les trois ou quatre jours, se montrent d'une façon constante après chaque repas ou toutes les nuits. L'estomac ne se vide pas complètement à la faveur de ces vomissements; il persiste dans la cavité une certaine quantité de matières fermentées. Aussi, quand de nouveaux aliments sont absorbés, ils ne subissent pas les modifications habituelles de la digestion, mais une fermentation spéciale.

L'*éructation de gaz odorants* est également un symptôme d'ectasie

gastrique, mais parfois l'estomac n'a pas assez de force pour expulser les gaz qu'il contient. L'éructation n'est donc pas un symptôme caractéristique.

Rien de constant non plus dans l'*état de la langue;* elle est habituellement large, étalée et recouverte d'un enduit saburral épais.

L'*appétit* est généralement troublé; les malades ont un dégoût très prononcé pour les aliments.

Symptômes mécaniques. Un des plus sérieux est le *déplacament du diaphragme* qui, soulevé, comprime les viscères thoraciques. Il en résulte de l'oppression, parfois très vive. Le cœur se déplace, et s'il est graisseux, dilaté, affaibli, ou mou, il peut s'arrêter brusquement.

Les *palpitations* se rencontrent fréquemment chez les dilatés après le repas. Le plus souvent, le cœur bat irrégulièrement ou d'une façon intermittente. Ce sont là probablement des phénomènes d'ordre réflexe.

Symptômes réflexes. Il y a d'abord l'*insomnie* qui se rencontre fréquemment dans le cours de la dilatation de l'estomac. Certains malades s'endorment rapidement après s'être mis au lit, mais à deux, trois ou quatre heures du matin, ils se réveillent brusquement, éprouvant une sensation de faiblesse extrême et ne peuvent plus s'endormir jusqu'au matin.

Un autre symptôme d'origine réflexe, constaté encore assez fréquemment chez les dilatés, est l'*asthme nocturne.* Celui-ci apparaît au milieu de la nuit; il a pour cause une fermentation anormale. Le spasme des tuyaux bronchiques n'a pas pour cause l'augmentation de pression sur le diaphragme, mais un réflexe parti des branches du pneumogastrique de l'estomac et agissant sur les filets nerveux moteurs des bronches.

Les attaques d'asthme nocturne s'observent de préférence chez les adultes, elles sont parfois très graves et alternent, dans certains cas, avec un spasme laryngé assez intense pour mettre la vie en danger.

Le *vertige* se montre communément chez les dilatés de l'estomac; c'est également un phénomène réflexe.

Symptômes toxiques. Ils sont dus à l'action des ptomaïnes produites par les fermentations de l'estomac; ce sont la céphalalgie, la dépression intellectuelle, les idées noires.

Comme dernier symptôme il importe de signaler l'amaigrissement, parfois extrême, qui s'empare des malades atteints de dilatation de l'estomac.

Le *diagnostic* de l'ectasie gastrique repose sur la constatation de certains signes physiques : augmentation de l'étendue de la résonnance gastrique, clapotement, etc.

Parfois, l'estomac bombe fortement au niveau de l'épigastre et l'on peut, par la simple pression manuelle, produire des mouvements péristaltiques. On se rend compte, de cette façon, de l'augmentation de volume de l'organe.

Il suffira de rappeler, sans y insister, que la dilatation de l'estomac doit être différenciée de l'ectasie du colon, du cancer de l'estomac.

Traitement. Il est variable suivant la cause de l'ectasie. Si celle-ci s'est manifestée à la suite de suralimentation, d'excès alcooliques, d'ingestion d'aliments difficiles à digérer, il faudra mettre les malades à la diète. Quand la dilatation aura une origine nerveuse, il n'en sera pas ainsi. Les malades de cette dernière catégorie seront momentanément soulagés par la diète, mais les effets de celle-ci, longtemps prolongée, ne tarderont pas à être désastreux. La faiblesse, qui en sera la conséquence, augmentera l'irritabilité et la susceptibilité nerveuses. Ce n'est qu'après une série de tâtonnements qu'on arrivera à trouver les aliments les plus facilement digérés.

En règle générale, il faut déconseiller aux dilatés nerveux l'*ingestion des liquides* en trop grande abondance au moment des repas, il faut leur interdire de manger quand ils sont trop fatigués ou anxieux, il faut leur recommander de ne pas se fatiguer, de ne pas travailler après leurs repas. Comme boisson : le *cognac dilué* est préférable au vin ou à la bière.

Les *boissons chaudes* rendent parfois de très grands services. M. Broadbent conseille aux malades sujets à l'insomnie ou à l'asthme nocturne un verre d'eau chaude au moment de se mettre au lit. L'ingestion de l'eau chaude produit des contractions de l'estomac, amène l'expulsion d'une certaine quantité de gaz et facilite la pénétration du contenu stomacal dans le tractus intestinal. Quand l'estomac ne réagit pas sous l'influence de l'eau chaude, l'ingestion de celle-ci devient nuisible; elle aggrave les symptômes.

En fait de médicaments, on peut employer l'*opium*, quand il y a douleurs; certaines *substances salines* désinfectantes et absorbantes, puis, la *strychnine*, la *créosote*, l'*acide phénique*; le *lavage de l'estomac* peut devenir indispensable. L.

DE L'ATONIE STOMACALE.

La *Revue de thérap. médico-chirurg.* consacre une étude que nous analysons à l'atonie stomacale; c'est un état morbide très fréquent qui se caractérise par l'affaiblissement de la motilité, ou ce qui revient au même, de la tunique musculaire de l'estomac. Rosenbach l'a décrite sous le nom d'insuffisance gastrique. Elle se distingue de la dilatation

stomacale à laquelle d'ailleurs elle peut conduire, en ce que la capacité de l'estomac n'est pas augmentée. Dans l'atonie, la paroi se rétracte mal sur la masse alimentaire, ce qui fait que l'estomac clapote facilement, mais seulement pendant la période de la digestion.

En ce qui concerne les symptômes, dans un certain nombre de cas, l'atonie stomacale ne donne pas lieu à des troubles fonctionnels et se traduit seulement par des signes physiques. Cependant les troubles digestifs apparaissent facilement au moindre écart de régime. L'appétit subsiste, mais, si le patient fait un repas plus copieux, il éprouve une sensation de plénitude à l'épigastre et se plaint d'éructations. A un degré plus prononcé, l'indisposition peut se terminer par des vomissements qui débarrassent l'estomac. Le vomissement spontané survient, en général, assez longtemps après le repas, en moyenne douze à quatorze heures, et ce vomissement soulage définitivement le malade à la condition qu'il suive une hygiène convenable. A ce simple degré l'état général est excellent et l'on ne se douterait même pas qu'on a affaire à un dyspeptique. Mais, signe caractéristique, si l'on pratique la succussion, on détermine facilement un bruit de clapotement qui témoigne de la distension et de la rétraction incomplète de la paroi stomacale.

A un degré plus avancé, l'atonie gastrique donne lieu à des symptômes moins obscurs. Le patient ne se plaint de rien dans l'intervalle des repas, mais pendant la période digestive, il éprouve des malaises qui témoignent de l'insuffisance de la contraction de la paroi musculaire et de ses conséquences sur la digestion. Ces malaises consistent dans la sensation de poids, de plénitude à la région épigastrique, suivies d'éructations ou même de régurgitations. Les gaz rendus sont inodores, à moins qu'il existe des fermentations anormales. S'il existe de l'hyperchlorhydrie, les régurgitations sont nettement acides.

Un autre caractère de l'atonie gastrique est l'intolérance de l'estomac pour des repas copieux.

Il est très fréquent de noter une constipation assez prononcée qui cède cependant facilement à l'influence d'un régime et d'un traitement convenables.

Quant aux troubles généraux de la nutrition, il n'en existe pas de sérieux.

D'après Boas, les troubles nerveux qui seraient le plus souvent associés à l'atonie seraient la céphalée et le vertige.

Pour le diagnostic, lorsqu'un malade se plaint des symptômes énumérés, il reste à vérifier l'existence de l'atonie à l'aide de certains signes par lesquels elle se traduit. On recherchera d'abord la facilité du clapotement. Ce bruit spécial peut être provoqué dans ces circon-

stances pendant toute la durée de la digestion. On peut le faire apparaître à jeun en faisant absorber au malade un verre d'eau. Dans ce cas le clapotement se produit bien à l'état normal, mais il ne dure pas et disparaît au bout de quelques instants; ici, au contraire, il se prolonge pendant assez longtemps. Il en est de même du bruit de succussion produit par des secousses imprimées au tronc du patient.

L'atonie gastrique reconnaît diverses causes : une certaine faiblesse congénitale du système musculaire; une émotion morale, mais la plus commune est la surcharge alimentaire habituelle. l'ingestion fréquente de grandes quantités de liquides, même du lait. D'après Bouveret, l'atonie est particulièrement fréquente chez les grands fumeurs, peut-être est-ce parce que ceux-ci contractent facilement des habitudes immodérées Le régime insuffisant, surtout végétal exclusif entraîne aussi l'affaiblissement de l'élasticité musculaire.

Dans beaucoup de cas l'atonie gastrique se développe secondairement à la suite d'affections organiques diverses. On la voit coïncider souvent avec les maladies de l'appareil utéro-ovarien ; elle succède à la péritonite générale ou localisée; elle s'observe dans l'hystérie et la neurasthénie. Enfin elle est très commune pendant la convalescence des maladies infectieuses.

La plupart des maladies de l'estomac, le cancer, l'ulcère, certains troubles fonctionnels de sécrétion, la lithiase biliaire s'accompagnent très souvent d'atonie gastrique.

Le traitement est très analogue à celui de la dilatation stomacale.

L'absence de rétention alimentaire rend le lavage de l'estomac inutile. L'hygiène alimentaire consistera surtout à faire usage d'aliments très substantiels sous un faible volume et à s'abstenir de boire de trop grandes quantités de liquide.

On se gardera en tous cas de prescrire le régime lacté.

La noix vomique, l'ergot de seigle, mais surtout l'électrisation, le massage, l'hydrothérapie seront principalement mis en usage.

Dans une conférence que nous résumons d'après la *Thérap. Monatsh.* le d[r] Ewald s'exprime ainsi à ce sujet :

Il y a des cas d'atonie ou de faiblesse de la muqueuse stomacale où, malgré l'absence complète de digestion dans l'estomac, il existe les apparences d'une bonne santé, où l'on constate même une augmentation ou du moins la conservation du poids du corps. Cela s'observe aussi longtemps que la motilité de l'estomac est demeurée intacte. La prompte expulsion du contenu stomacal dans l'intestin prévient toute stagnation et l'entrée en scène de la dilatation gastrique avec les phénomènes de décomposition qui s'en suivent. L'intestin se charge alors complètement de la digestion des aliments.

Dans ces cas il incombe à la thérapeutique *d'améliorer ou de conserver la motricité de l'estomac, d'empêcher les altérations du contenu gastrique*. En même temps, on soignera l'antisepsie du conduit intestinal.

Pour répondre à la première indication, on aurait tort de se fier avec médications internes : la *strychnine*, la *belladone*, la *physostignime*, excitent, il est vrai, le péristaltisme : les expériences en font foi, mais chez l'homme elles restent le plus souvent inefficaces. Bien mieux appropriés sont les *exercices corporels :* tels que la gymnastique, l'équitation, la natation, etc. que le massage ne peut remplacer.

D'après une analyse de la *Revue de thérap.*, le *massage* de l'estomac est indiqué dans tous les types chimiques de la dyspepsie, mais surtout lorsqu'il y a ralentissement dans l'évolution de la digestion ; il faudra pour cela se baser sur les résultats fournis par l'étude du chimisme stomacal. On ne peut pas, cependant, pour chaque type de dyspepsie, formuler des règles absolues pour ce qui concerne le massage ; il faudra seulement se rappeler quelles sont les indications pathogéniques : massage sédatif superficiel dans les cas où les douleurs sont intenses ; massage excitant superficiel ou profond lorsque l'estomac tarde à evacuer son contenu et qu'il est le siège d'une dilatation plus ou moins accentuée ; massage sédatif profond si l'on suppose une contraction de l'orifice pylorique.

Si donc le massage de l'estomac s'applique surtout au type décrit par M. Hayem sous le nom d'hypopepsie, par d'autres auteurs sous le nom de dyspepsie nervo-motrice, il remplit cependant certaines indications dans l'hyperpepsie ou l'hyperchlorhydrie, où l'évacuation du contenu de l'estomac est souvent très lente à se faire.

Le dr Einhorn s'est surtout occupé d'établir l'action thérapeutique de l'*électrisation directe de l'estomac ;* quant au procédé, il fait avaler au malade une boule ovoïde percée de trous, creuse, composée de deux segments, dont le plus petit est vissé sur le grand. Au plus petit segment se trouve fixé un tube fin en caoutchouc renfermant l'électrode qui met la boule en communication avec l'un des pôles d'une pile ou d'un appareil d'induction. Avant de faire avaler la boule au malade, qui doit être à jeûn, on lui fait ingurgiter 100 centimètres cubes d'eau distillée.

Au lieu du conducteur construit par Einhorn, qui présente l'inconvénient de s'arrêter souvent dans l'œsophage, on s'est servi d'une sonde conductrice correspondant au n° 13 de la filière Charrière.

Les expériences ont montré que, lorsque le pôle négatif agit directement sur la muqueuse de l'estomac sous l'influence de la *galvanisation*, il survient une diminution dans la sécrétion de l'acide chlor-

hydrique; au contraire, quand c'est le pôle positif qui se trouve en contact avec la même muqueuse, ou bien la sécrétion de l'acide chlorhydrique reste telle quelle, ou bien elle se trouve légèrement augmentée.

En outre, il résulte des expériences faites par l'auteur que la *faradisation* directe de l'estomac modifie d'une façon avantageuse la plupart des affections chroniques de l'estomac. Dans le cancer, toutefois, les résultats ont été nuls. Mais l'influence salutaire est surtout manifeste dans les cas de dilatation de l'estomac, également dans des cas de relâchement du cardia (éructations), dans le relâchement du pylore (reflux de la bile dans l'estomac).

Enfin, la galvanisation directe de l'estomac a mis fin très rapidement à des gastralgies rebelles qui avaient résisté à toutes les autres médications. L.

DÉSINFECTION DU TUBE INTESTINAL.

On s'est occupé beaucoup dans ces dernières années de la désinfection du tube intestinal dont l'utilité est diversement appréciée.

Nous donnerons d'abord l'appréciation du Dr Ewald.

La désinfection du canal intestinal, dit-il en substance, peut s'obtenir par divers antiseptiques. On vante surtout la *résorcine*, la *naphthaline*, le *salicylate de bismuth*, le *salol*, le *bétol*, le *naphthol.*

Le salicylate de bismuth se recommande surtout s'il existe des manifestations douloureuses. On ne doit pas perdre de vue son action irritante sur les reins.

La résorcine est également à recommander, mais elle partage avec le naphtol préconisé par Roger, l'inconvénient d'être désagréable au goût et d'irriter les voies supérieures. Le *benzonaphthol* introduit par Yvon et Berlioz leur est bien préférable. Il cristallise en solution alcoolique sous forme de fines aiguilles blanches. Il n'a pas d'odeur, ni de saveur, se dissout difficilement dans l'eau, mieux dans l'alcool et l'éther et très facilement dans le chloroforme.

Il traverse l'estomac sans subir de modification et se scinde dans l'intestin en naphtol, qui y reste et en acide benzoïque qu'on retrouve dans les urines sous forme de sels de l'acide benzoïque. La toxicité du produit n'est pas appréciable, tandis que son action antiseptique est incontestable. Il excite la diurèse et diminue notablement la toxicité urinaire.

L'amélioration subjective et objective après l'usage prolongé du benzo-naphthol à dose journalière de 2 à 5 grammes, est le plus souvent éclatante.

Ewald associe volontiers le benzonaphtol à la résorcine et au salicylate de bismuth, par parties égales : une cuillerée à dessert de deux en deux heures.

En ce qui concerne l'antisepsie du tube digestif, les conditions à remplir, selon le prof. Bouchard, sont les suivantes :

1° La substance antiseptiqne doit être insoluble, ou tout au moins fort peu soluble, de telle sorte qu'elle ne puisse être absorbée en quantité notable et causer des accidents toxiques ;

2° Elle doit être sous forme de poudre, aussi tenue que possible, de façon à pénétrer partout, à se mélanger intimement aux matières à désinfecter et à imprégner toute leur masse ;

3° Elle sera administrée à doses fractionnées.

M. Bouchard s'est arrêté à l'emploi du naphtol β et du salicylate de bismuth, donnés d'après la formule suivante :

Naphtol β finement pulvérisé	15 grammes.
Salicylate de bismuth	7 grammes 50.

Mêlez et divisez en trente cachets ; en prendre de trois à douze en vingt-quatre heures.

Voici une autre formule de Dujardin-Beaumetz :

Salicylate de bismuth	â 10 grammes.
Magnésie anglaise	
Bicarbonate de soude	

Divisez en trente cachets, un avant chaque repas.

Si l'on veut surtout combattre la diarrhée, on peut remplacer la magnésie ou la rhubarbe par de la craie préparée ou du sous-nitrate de bismuth.

La résorcine a aussi ses partisans convaincus. On peut l'administrer de la manière suivante :

Résorcine	2 grammes.
Teinture de gentiane	10 grammes.
Eau	180 grammes.

Une cuillerée à soupe toutes les deux ou quatre heures.

On peut associer aussi la résorcine à l'acide chlorhydrique, à la rhubarbe, au bicarbonate de soude, etc.

MM. Gilbert et Brouardel croient dangereux tous les antiseptiques capables de donner de l'acide salicylique en se dédoublant : le salicylate de bismuth, le bétol, l'eucalyptol, le salol.

Cependant, le salol aurait été employé avec succès dans certaines formes de diarrhée.

Il peut être employé seul, en cachets, à la dose de 4 et 6 grammes.

On l'a souvent mélangé à d'autres substances, dans le traitement de la diarrhée et de la dyspepsie comme dans les deux formules suivantes de Dujardin-Beaumetz :

Salol
Salicylate de bismuth } à 10 grammes.
Bicarbonate de soude

Dans la dyspepsie avec diarrhée.

Benzo-naphtol
Salol } à 10 grammes.
Magnésie

En trente cachets. Un ou deux avant chaque repas.

Le dr Singer, à la suite de nombreuses recherches, a acquis la conviction que l'exagération des fermentations intestinales est un phénomène plus fréquent qu'on ne le croit généralement ; c'est à tort que l'absence de symptômes intestinaux, et en particulier de troubles de la motilité, attire peu l'attention sur ce point.

On connaît les conséquences de l'exagération des fermentations intestinales ; elle entraîne des malaises divers, non-seulement locaux mais généraux, ceux ci à la suite de la résorption de certains produits toxiques.

Le dr Singer a reconnu en outre que les affections cutanées ont souvent une relation étiologique intime avec les putréfactions des matières intestinales ; l'urticaire aiguë ou chronique, l'acné vulgaire, le prurit sénile se montrent ou disparaissent suivant que les fermentations s'exagèrent ou s'atténuent dans l'intestin ; réciproquement, on peut, par l'administration d'antiseptiques intestinaux, améliorer et même guérir ces dermatoses.

Ajoutons que, par l'administration de menthol à la dose de 0 gr. 6 à 1 gramme par jour, sous forme de capsules, le dr Singer a pu modérer, dans une large mesure, la putréfaction intestinale.

L.

—

TRAITEMENT DES TROUBLES GASTRIQUES DE LA CHLOROSE.

Nous avons insisté dernièrement sur l'importance d'un symptôme fréquent chez les chlorotiques, la constipation et sur la nécessité de le combattre.

Le dr Le Gendre insiste sur la fréquence non moins grande des troubles gastriques : presque toutes les chlorotiques sont dyspeptiques, mais il y en a qui le sont à un degré assez faible pour qu'on qu'on puisse espérer que le traitement direct de la chlorose fera

disparaître cette légère dyspepsie, sans qu'il soit nécessaire d'opposer à celle-ci un traitement spécial et préalable. La plupart des chlorotiques ont une atonie gastrique, qui va souvent jusqu'à la dilatation de l'estomac, accompagnée d'hypochlorhydrie. Quelques-unes cependant ont une hyperchlorhydrie, au moins intermittente, avec crises douloureuses paroxystiques quand l'estomac est à l'état de vacuité; celles-ci sont exposées à l'ulcère de l'estomac.

L'auteur recommande le traitement suivant : aux chlorotiques qui ont l'atonie gastrique et les symptômes d'hypochlorhydrie — lenteur de la digestion sans douleur pendant les trois ou quatre premières heures, puis éructations fades ou aigres ou nidoreuses, quelquefois douleurs tardives (quatre à cinq heures après les repas) dues à la formation des acides organiques au sein des résidus chymeux stagnant dans l'estomac inerte, — à celles-là conviennent : 1° avant les repas les amers simples (gentiane, quassia), ou les excito-moteurs de la contractilité des fibres musculaires lisses (strychnine, brucine, sous les formes de gouttes de Baumé ou de teinture de noix vomique); 2° à la fin des repas ou une demi-heure après, la limonade chlorhydrique au titre de 3 ou 4 grammes pour 1000, et à une dose variant du verre à bordeaux au grand verre.

La limonade chlorhydrique peut être aspirée avec un tube de verre ou un chalumeau, si on veut protéger les dents dont l'émail est très sensible à son action corrosive; ou bien l'ingestion peut être suivie d'un rinçage de la bouche avec une solution alcaline.

Aux chlorotiques avec gastrectasie peuvent convenir le naphtol, le salicylate de bismuth, l'eau chloroformée trois ou quatre heures après le repas.

Aux chlorotiques chez qui il y a lieu d'admettre l'hyperchlorhydrie, on donnera le bicarbonate de soude et les poudres absorbantes antiacides une heure et demie ou deux heures après le repas, sans craindre de pousser jusqu'à la dose efficace pour faire cesser la gastralgie.

Bicarbonate de soude	ââ 3 grammes.
Craie préparée	
Magnésie calcinée	

Mêlez pour faire 10 cachets. En donner un de quart d'heure en quart d'heure. L.

TYMPANISME ET FLATULENCE.

Le dr Dujardin-Beaumetz définissait dernièrement ainsi le tympanisme et la flatulence :

Le tympanisme, c'est le développement exagéré de gaz dans une cavité naturelle ou artificielle. La flatulence, c'est la suite du tympa-

nisme, c'est l'état de l'individu qui rend des gaz par en haut ou par en bas. Pour qu'il y ait flatulence, il faut qu'il y ait issue de gaz.

Quant au mécanisme de la production des gaz, ils se forment surtout quand l'élément nerveux est en jeu, chez les névropathes, les hystériques; c'est un trouble vaso-moteur.

Ainsi, comme disait le d[r] Bardet, lorsqu'un hystérique, par exemple, a du tympanisme, c'est par suite de la paralysie de ses muscles de l'intestin dont les parois se laissent alors distendre par les gaz. Dès qu'on provoque les contractions intestinales, en administrant du séné, par exemple, le tympanisme disparaît sans que le malade ait besoin d'évacuer ses gaz, dont le volume a diminué par suite de la contraction des parois de l'intestin.

Il y a aussi le tympanisme dû aux aliments; à cet égard, le d[r] Dujardin-Beaumetz croit qu'on a beaucoup trop insisté sur l'action des féculents. Le lait, au contraire, est une cause de flatulence. Tout individu, en effet, qui est soumis au régime lacté a des matières fécales épaisses comme du mastic, qui ne permettent pas aux gaz de les traverser. Aussi, à mesure que le bol fécal progresse dans l'intestin, il repousse devant lui toute la masse gazeuse située au-dessous de lui, sans lui permettre de remonter et de se loger dans les parties supérieures du tube digestif. De l'avis de l'auteur, le plus grand facteur de la flatulence, c'est le défaut de sécrétion biliaire. La bile arrête la fermentation; quand elle cesse de couler dans l'intestin les ferments se produisent et il en résulte des gaz.

Au point de vue du traitement, le *séné* donne d'excellents résultats dans la flatulence intestinale. Quant à la flatulence stomacale, on peut arrêter l'accès en empêchant le malade de rendre ses gaz, en lui pinçant le nez par exemple. L.

LA CURABILITÉ DE LA PHTISIE ET L'HYGIÈNE DES TUBERCULEUX.

Dans l'ouvrage des plus intéressants que le d[r] Mœller vient de publier sur les *sanatoria dans le traitement de la phtisie*, il insiste avant tout sur la curabilité de la phtisie.

De tous les préjugés qui règnent dans le monde, dit-il, il n'en est peut-être pas de plus répandu et en même temps de plus pernicieux que celui de la prétendue incurabilité de la phtisie. Phtisique et condamné à mort sont, pour la très grande majorité du public, deux termes absolument synonymes. Or, de même qu'un condamné à mort n'est averti qu'au dernier moment du rejet du pourvoi auquel il s'accrochait comme à une dernière planche de salut, de même le phtisique est presque toujours trompé sur la nature de l'affection dont

il est atteint. Le médecin n'ose pas lui dévoiler la vérité, de crainte de mettre son malade dans des dispositions morales fâcheuses. La famille, de son côté, fait tout son possible pour dissimuler la réalité de la situation, afin d'entretenir des espérances, dont on escompte l'influence salutaire sur la marche du processus morbide. Le tuberculeux lui-même — tout le monde le sait — est, de tous les malades, celui qui se laisse le plus facilement induire en erreur.

Le d^r Moeller est d'avis qu'il est bon, maintenant que la curabilité de la phtisie est définitivement reconnue, de changer de tactique à l'égard des tuberculeux.

Tout en y mettant le plus de tact possible, il ne faut pas craindre de dévoiler, au moins en partie, la vérité à l'intéressé lui-même, afin de prévenir cette disposition qui lui est propre, de se faire illusion sur son état, et par suite de manquer d'énergie et de persévérance dans la poursuite de sa guérison.

Après avoir dévoilé la vérité au malade, il faut bien le persuader qu'il peut guérir, mais que la guérison dépend beaucoup de lui-même ; c'est à ce titre qu'il faut réclamer sa collaboration.

Mais il sera difficile de tenir ce langage ferme et franc, tant que l'on n'aura pas détruit ce préjugé si universel que la phtisie est absolument incurable. Malheureusement le corps médical n'a, lui-même, pas échappé à l'influence de cette idée fausse.

Pour montrer combien ce scepticisme est mal fondé, le d^r Mœller rappelle le langage que tenait, il y a dix ans déjà, le prof. Jaccoud :

« La phtisie est curable à toutes ses périodes : voilà la notion
» féconde qui domine toute l'histoire de la maladie, qui doit inspirer
» et diriger incessamment l'action médicale. L'incurabilité proclamée
» par Laennec et ses successeurs immédiats est démentie par l'ana-
» tomie pathologique ; elle est démentie par l'observation clinique. »

Le d^r Moeller montre que la découverte de Koch, en faisant connaître le microbe coupable, a permis d'avoir plus de confiance encore qu'autrefois dans la curabilité de la phtisie.

Quels sont les agents de la curabilité ?

Ce ne sont pas les remèdes, au moins exclusivement, et c'est en vain que les médecins se sont attachés depuis toujours à rechercher des traitements spécifiques.

L'expérience clinique acquise dans ces dernières années et confirmée par la plupart des recherches théoriques nous apprend qu'il importe avant tout d'assurer au tuberculeux un air aussi pur et aussi abondant que possible. De l'avis de l'auteur, il n'est pas de fait mieux établi que cette nécessité de l'air pur pour la guérison de la phtisie.

On peut conclure maintenant à la possibilité de prévenir le déve-

loppement de la phtisie et même de la guérir par une large aération et par la vie à l'air libre, ainsi qu'au danger de l'air confiné tant au point de vue de l'éclosion de la tuberculose que de ses progrès chez les malades qui en sont déjà atteints.

Le tuberculeux doit donc chercher à se procurer les bénéfices de l'air pur, dont il jouira avec le moins d'interruptions possible. Il est absolument irrationnel, sous prétexte d'éviter les causes de refroidissement, de se confiner dans une chambre ou dans une maison et d'y passer, sans en sortir, les longs mois d'hiver qui caractérisent nos climats tempérés.

Malheureusement les conditions météorologiques de nos climats constituent souvent un obstacle au séjour et aux promenades en plein air. Les variations si fréquentes, si brusques et si irrégulières de température, l'accumulation de l'humidité dans l'atmosphère, les vents, la poussière, la pluie ou la neige, tout dans nos régions tempérées se combine pour rendre toujours difficile, souvent périlleuse, parfois impossible la vie du tuberculeux en plein air, au moins pendant l'hiver. C'est pour suppléer à cette lacune que, depuis longtemps déjà, les médecins envoient leurs malades dans des climats favorables, qui permettent des sorties quotidiennes, pendant un certain nombre d'heures constituant ce qu'on appelle le *jour médical*, et qui favorisent, par là même, la restauration des forces tout en évitant les causes du refroidissement.

Lorsque le médecin se voit dans la nécessité d'ordonner un changement de séjour à un phtisique, deux alternatives se présentent à lui : ou bien l'envoyer passer l'hiver dans le midi, où la température hivernale est relativement douce et uniforme, quitte à le laisser rentrer chez lui pendant les mois d'été, ou bien le faire partir pour une station, où il puisse séjourner été comme hiver et d'où il ne devra revenir qu'après guérison complète; et ici le médecin a le choix entre une station de montagne, telle que Davos, dont les conditions climatériques sont généralement favorables pendant toute l'année et un de ces sanatoria, qui ont été érigés spécialement pour le traitement des tuberculeux.

Les *climats chauds du midi* ont l'avantage de jouir, même en plein hiver, d'une température douce, assez constante pendant certaines heures du jour; il est donc possible, grâce à un ciel serein, que les malades se livrent à une promenade quotidienne en plein air pendant un temps plus ou moins long. Par contre, ces climats offrent l'inconvénient de présenter des différences de température considérables entre le jour et la nuit, ou même avec les matinées et les soirées, entre les endroits ensoleillés et ceux qui ne reçoivent pas les rayons du

soleil ; en outre ces localités méridionales sont toutes ou presque toutes, quoique à des degrés divers, le siège de vents assez intenses, qui règnent plus ou moins à certains mois de l'année et qui, à cause de la sécheresse du climat, soulèvent des nuages de poussière composés de particules organiques et inorganiques, lesquelles peuvent irriter la muqueuse respiratoire malade.

Les pays chauds, comme la Provence, l'Italie, l'Algérie, l'Egypte, Madère, doivent être généralement réservés aux cas de tuberculose avancée, à ceux qui s'accompagnent d'une fièvre plus ou moins continue ou qui se lient à un grand délabrement des forces.

Les *climats de montagnes* ont la propriété de jouir d'une température uniforme, quoique assez basse, d'offrir en hiver une atmosphère généralement calme, dépourvue de vents intenses, d'être pendant de longs mois sous la neige, de façon à empêcher tout soulèvement de poussière. d'être gratifiés d'un soleil ardent, dont l'action est encore augmentée par le manteau blanc qui recouvre le sol et qui corrige tout ce que le froid pourrait avoir d'excessif pour des organes malades. L'inconvénient de ces climats réside dans les saisons transitoires, qui y sont caractérisées par la fonte des neiges au printemps, par des pluies et des vents en automne.

On peut dire d'une façon presque absolue que les hautes altitudes, telles que Davos, Arosa, etc.. ne conviennent qu'aux tuberculeux peu avancés. C'est au début de la maladie ou à titre de remède préventif que ces climats sont principalement indiqués et qu'ils peuvent donner des résultats sérieux. De l'avis de l'auteur, de tous les traitements préconisés contre la phtisie, il n'en est pas de plus sûrement, ni de plus rapidement efficace que le séjour suffisamment prolongé dans une station d'altitude. Aussi doit-on y avoir recours chaque fois qu'il y a espoir de guérison, qu'il n'existe aucune contre-indication et que les conditions sociales du sujet le permettent.

Le dr Mœller s'occupe ensuite de l'alimentation du phtisique qui joue un rôle considérable dans le traitement ; il est admis qu'il faut tâcher par la suralimentation de favoriser le plus possible la formation d'un sang riche et abondant.

Malheureusement ici encore l'on tombe dans la routine et l'on subit le joug de préjugés aussi enracinés que fâcheux. Sous prétexte de faire absorber beaucoup d'éléments nutritifs, on limite le menu du malheureux phtisique aux beefsteaks, aux œufs, au lait, aux extraits de viande, au bouillon, et on supprime presque complètement les féculents, les légumes verts et tous les autres accessoires d'une table ordinaire. On perd tout à fait de vue que l'homme a besoin d'une alimentation mixte pour conserver l'organisme à l'état de santé, à plus forte raison pour le restaurer et lui rendre les forces qu'il a perdues.

Il est une règle hygiénique qui est rarement observée dans le traitement du phtisique; ce sont les soins à donner à la peau. Comme le dit le dr Dettweiler, le tuberculeux est presque aussi malade par la peau que par les poumons. Il en donne des preuves tous les jours par la fréquence des refroidissements, contractés sous l'influence des moindres variations météorologiques. Il est donc important de veiller à l'entretien des fonctions cutanées, dont l'intégrité est indispensable pour résister aux causes morbides qui entourent le poitrinaire.

Il faut donc, par les frictions sèches ou humides, par les enveloppements froids, par les douches, en un mot par toutes les ressources de l'hydrothérapie, réveiller les fonctions cutanées et augmenter ainsi la résistance du corps aux influences nocives du dehors.

Le dr Mœller s'applique ensuite à démontrer l'utilité des sanatoria pour le traitement hygiénique des tuberculeux; ils sont expressément construits et organisés de façon à assurer aux malades la jouissance permanente d'un air pur, ils leur fournissent mieux que tout ailleurs une alimentation rationnelle, leur assurent le repos du corps et de l'esprit, etc.

Bref, les résultats obtenus dans les sanatoria sont des plus encourageants. Cependant des préventions règnent encore, tant dans le corps médical que dans le public, à l'égard de ces précieux établissements. Leur nombre est beaucoup trop restreint; le chiffre des tuberculeux qui vont s'y faire traiter n'est nullement proportionné aux ravages causés par la tuberculose dans nos populations.

C'est pour dissiper ces préventions que notre distingué confrère a écrit le travail que nous venons d'analyser. L.

TRAITEMENT DES CYSTITES CHRONIQUES PAR LES INSTILLATIONS DE SUBLIMÉ.

Le dr Barbier donne dans la *Revue de thérap. médico-chirurgic.* des renseignements détaillés sur cette méthode de traitement que nous avons déjà à plusieurs reprises, d'après notre propre expérience, recommandée à nos lecteurs.

Le traitement des cystites chroniques a longtemps consisté en lavages plus ou moins abondants faits avec des solutions antiseptiques. Mais ils avaient l'inconvénient de distendre la vessie et d'être excessivement douloureux. De plus le résultat généralement obtenu était peu satisfaisant, peu en rapport surtout avec les souffrances que ce traitement infligeait aux malades.

Effectivement, comme le dit le dr Colin dans sa thèse, l'expérience a démontré que dans les cystites, et en particulier dans celles qui

revêtent des formes douloureuses, les lavages doivent être absolument proscrits, parce qu'ils sont moins efficaces que les instillations; bien plus, au point de vue de la marche générale de la maladie, ils doivent être considérés comme nuisibles, comme dangereux, et il n'est pas douteux que c'est à leur emploi que sont dus non seulement les insuccès, mais même les aggravations notées dans les statistiques.

C'est le prof. Guyon qui a surtout insisté sur ce principe qu'il ne faut pas distendre une vessie douloureuse et qui a inventé la méthode des instillations.

Pendant longtemps, il se servit pour les instillations à peu près exclusivement du nitrate d'argent, et ce n'est que depuis peu qu'il a eu recours au sublimé.

Des observations prises dans son service, il résulte en effet que dans les cystites dues à la tuberculose, les instillations de nitrate sont demeurées à peu près toujours sans résultats; de plus, ces instillations, si souvent inefficaces, étaient toujours très douloureuses. Au contraire, les instillations de sublimé ont, dans le plus grand nombre des cas, produit d'excellents effets. Elles possèdent, en outre, l'avantage immense, non seulement de ne provoquer elles-mêmes aucune douleur, mais d'amener une rapide diminution des douleurs de la cystite.

On a obtenu aussi d'excellents effets des instillations de sublimé dans les cystites aiguës, dans les cystites des prostatiques et dans celles que l'on rencontre chez la femme.

Il est donc permis de conclure de ce qui précède que l'on doit avoir recours aux instillations de sublimé dans les cystites tuberculeuses, dans toutes les cystites qui s'accompagnent de douleur et dans celles où le nitrate d'argent n'aurait amené aucune modification.

Le d^r^ Barbier résume de la manière suivante les résultats fournis par les instillations de sublimé :

Les mictions deviennent moins fréquentes; cette amélioration s'effectue plus ou moins vite, plus ou moins complète, mais elle est constante. Des sujets ayant 30 mictions en vingt-quatre heures arrivent à n'en avoir plus que 6 à 8; d'autres qui en avaient de 45 à 50 au début du traitement n'en ont plus que 6 à 8 à la fin; des malades enfin ayant 80 à 90 mictions par jour, parviennent à ne plus en avoir que 15 à 20, ce qui est une amélioration très appréciable.

En même temps que le nombre des mictions diminue, la capacité de la vessie s'accroît. Elle s'élève de 65 grammes à 280; de 70 grammes à 260 grammes.

La douleur disparaît très rapidement sous l'action du sublimé. Ordinairement elle s'efface dès les premiers jours du traitement, et même dans les cas d'insuccès, elle diminue d'une façon notable. Il est juste

de rappeler que les instillations elles-mêmes n'éveillent aucune souffrance chez le malade.

Les urines, qui sont troubles, sanguinolentes, et qui contiennent un dépôt de pus assez abondant, s'éclaircissent vite sous l'influence du sublimé. Presque toujours le dépôt diminue progressivement et le sang disparaît.

Enfin les recherches histologiques et bactériologiques, faites dans le laboratoire du prof. Guyon, ont démontré que les globules du pus, que les différents microbes, entre autres ceux de la suppuration, diminuent dans l'urine et disparaissent à mesure que l'état local s'améliore.

Quant aux bacilles de la tuberculose, on ne peut pas être aussi affirmatif, « en fait de tuberculose, dit M. Guyon, il faut bien se garder de croire prématurément à de semblables résultats. »

Quant à la manière de pratiquer les instillations, nous n'insisterons pas sur l'appareil instrumental dont nous avons déjà suffisamment parlé et qui se compose d'une sonde à bout olivaire et à lumière capillaire sur laquelle on visse, au moyen d'un ajutage, une seringue de Pravaz ou mieux une seringue d'une capacité plus grande.

Il faut faire uriner le malade avant l'opération pour que le sublimé ne soit pas dilué par l'urine et ne perde pas ainsi son efficacité.

Le liquide est déposé soit dans l'urèthre postérieur, soit directement dans la vessie, selon les indications.

Il faut avoir grand soin de ne pas séparer la seringue de l'instillateur quand on retire ce dernier, à cause de la douleur vive que provoquerait dans l'urèthre le liquide qui s'écoulerait de l'instrument.

L'instillation terminée, le malade ne doit pas rester étendu sur le dos. Il faut lui faire faire quelques mouvements ; qu'il se tourne alternativement d'un côté et de l'autre, puis sur le ventre, pour que le liquide introduit dans la vessie entre en contact successivement avec tous les points de la muqueuse.

Les premières instillations sont quelquefois un peu douloureuses, jamais assez pourtant pour nécessiter une instillation préalable de cocaïne (excepté quand on emploie une solution de sublimé à 1 p. 500) et il suffit pour calmer cette douleur d'appliquer sur la verge une compresse imbibée d'eau froide.

Les instillations doivent être pratiquées tous les jours, pourtant quand on arrive à employer des solutions fortes, 1 pour 2000, 1 pour 1000, 1 pour 500, il est bon de ne les faire d'abord que tous les deux jours, puis dès qu'elles sont bien supportées, on les fait tous les jours. Le médecin est d'ailleurs le meilleur juge de ce qui peut convenir au malade qu'il connaît et qu'il a étudié, et de la marche à donner au traitement.

Il faut passer progressivemönt des doses faibles aux doses fortes, mais avec prudence, sous peine d'échec et même d'aggravation de la maladie. On ne doit pas non plus agir avec une trop grande lenteur qui maintiendrait une amélioration stationnaire et augmenterait la durée du traitement.

On peut en général commencer par des instillations de 1 pour 4000 chez l'adulte et 1 pour 5000 chez l'enfant. Les solutions inférieures sont trop faibles. Puis on augmente progressivement le titre de la solution selon la tolérance de la muqueuse de la vessie.

Dans les cystites récentes, il n'est pas utile d'employer des solutions plus fortes que celles à 1 pour 2000 ou 1500. Il sera parfois nécessaire dans les cystites rebelles, anciennes, d'aller jusqu'aux solutions à 1 pour 1000 et même 1 pour 500. Des solutions plus concentrées ne seraient pas tolérées et celle de 1 pour 500 provoque même parfois des douleurs fugaces.

Quelles quantités doit-on instiller? Dans la vessie, 2 à 5 grammes; 10 à 15 gouttes au niveau du col et de la partie profonde de l'urèthre postérieur. Au-dessus de ces doses, les instillations, de 8 ou 10 gr., par exemple, deviennent difficiles à supporter.

Les solutions de sublimé employées pour les instillations, c'est un fait important à noter, doivent être préparées sans alcool. Les solutions dans lesquelles il entre de l'alcool sont irritantes et mal tolérées. Voici la formule de celles qu'on emploie dans le service du prof. Guyon :

Sublimé	25 centigr.
Acide tartrique	1 gramme
Matière colorante	Q. s.

Elle est très commode, et quand on a de l'eau bouillie à sa disposition, elle permet de préparer instantanément une solution prête à être employée.

Nous résumons cet article en citant les conclusions de la thèse publiée par le dr Colin sur ce sujet, conclusions de tous points conformes d'ailleurs avec l'enseignement et avec la pratique du prof. Guyon :

1° Les lavages de la vessie doivent être proscrits d'une façon générale de la thérapeutique des cystites, et en particulier de celles qui revêtent une forme douloureuse.

2° Les instillations intra-vésicales constituent le procédé thérapeutique par excellence dans les cystites.

3° Les instillations doivent être faites avec des solutions de sublimé dans les cystites tuberculeuses, en observant les règles de technique, dosage, etc,, énoncées plus haut. Les instillations ainsi faites constituent un bon mode de traitement de ces cystites, c'est le seul traitement local efficace usité jusqu'à ce jour.

4° Dans les autres cystites et en particulier dans les cystites blennorrhagiques. surtout chroniques, le sublimé peut avantageusement être employé en instillations ; il doit l'être à l'exclusion de tout autre agent thérapeutique et en particulier du nitrate d'argent, toutes les fois que ce dernier cause de vives douleurs ou ne modifie pas l'état morbide. Le sublimé, présentant tous les avantages du nitrate sans en avoir dans beaucoup de cas les inconvénients (douleur), peut être avec avantage appliqué d'emblée à ces cystites, surtout lorsqu'elles sont très douloureuses.

5° En résumé, les instillations de sublimé constituent un excellent mode de traitement des cystites. Leur emploi, qui s'impose dans les cystites tuberculeuses, dans toutes les cystites douloureuses, dans toutes celles où le nitrate d'argent a échoué, peut, avec tous avantages, être généralisé et appliqué aux diverses variétés des cystites.

L.

UN NOUVEAU TRAITEMENT DU GOÎTRE.

Lorsque le traitement médical et les injections intersticielles avaient échoué, il ne restait d'autre ressource contre le goître pour remédier à la difformité ou parer à certains accidents de compression, que la thyroïdectomie, opération difficile et non exempte de dangers.

Le prof. Poncet vient d'inventer sous le nom d'*exothyropexie*, une opération nouvelle qui consiste à exposer ou à luxer à l'extérieur et à l'y maintenir le corps thyroïde atteint de goître, à l'effet d'en provoquer l'atrophie.

La luxation partielle ou totale du goître au dehors, à travers une incision des parties molles recouvrant le corps thyroïde, a donc pour but essentiel l'atrophie des tissus malades, la guérison du goître. Elle peut également faire cesser des troubles fonctionnels plus ou moins graves, compression de la trachée, etc., et triompher d'autres accidents éloignés : troubles nerveux, tachycardie, accidents myxœdémateux, etc.

Cette opération a l'avantage d'être d'une innocuité que l'on peut considérer comme complète. Il s'agit d'une intervention chirurgicale sans écoulement de sang, dans une région où l'hémorragie constitue souvent un accident redoutable ; elle est, d'autre part, d'une exécution rapide, et enfin d'une grande simplicité.

L'inventeur a eu occasion de pratiquer 14 fois l'exothyropexie. Il s'agissait, dans tous ces cas, de goîtres chirurgicaux, c'est-à-dire de tumeurs thyroïdiennes ayant résisté au traitement médical et provoquant des troubles fonctionnels divers qui exigeaient un traitement

opératoire actif. Cinq fois, il s'est trouvé en présence de goîtres parenchymateux, sans kystes, sans noyaux, et qui eussent nécessité des thyroïdectomies partielles. Ces hypertrophies totales, diffuses, de la thyroïde, s'accompagnaient de phénomènes de compression graves des organes avoisinants et, chez quelques malades, on notait divers accidents se rattachant plus ou moins nettement à la maladie de Basedow, et parfois des signes de dégénérescence crétinoïde, ou de déchéance intellectuelle. L'atropie des goîtres chez ces opérés a été plus ou moins rapide, et dans l'espace de cinq à six semaines, la tumeur avait considérablement diminué de volume, en même temps que la cicatrisation était devenue complète. Concomitamment avec la résorption du goître, mais surtout dans les semaines qui ont suivi, on observait non seulement, bien entendu, la disparition des troubles respiratoires, mais encore la diminution, on peut même dire la guérion des troubles à distance. Il paraît juste de conclure de ces faits, que l'exothyropexie entraîne, d'une façon que l'on peut considérer comme constante, l'atrophie des goîtres dits charnus ou parenchymateux, et qu'elle a les mêmes résultats heureux sur les accidents divers produits par les goîtres, que d'autres opérations sanglantes jusqu'ici exclusivement pratiquées.

Chez neuf malades, le goître appartenait à la forme kystique qui, on le sait, comporte de nombreuses variétés. Il s'est résorbé plus ou moins rapidement suivant la variété de tumeur kystique. Les hypertrophies nucléaires du parenchyme thyroïdien, les goîtres polykystiques, avec parois très minces, se résorbent aussi rapidement que les goîtres charnus. Au contraire, les formes kystiques à proprement parler, c'est-à-dire avec poches épaisses, souvent très anciennes demandent un temps très long.

Chez quatre malades, le goître était en partie exophthalmique, et l'exothyropexie a, comme les autres opérations sanglantes : thyroïdectomie, strumectomie, amené la disparition des accidents locaux et à distance.

Enfin, l'auteur a noté également une modification de l'état mental, de l'aspect extérieur de certains goîtreux, chez lesquels non seulement l'habitus se modifiait, mais aussi les facultés intellectuelles se développaient.

Les quatorze exothyropexies lui ont donné quatorze guérisons.

Le *manuel opératoire* de l'exothyropexie varie suivant le volume et la forme du goître qu'il s'agit d'exposer à l'air.

Il faut remarquer d'abord qu'il est des goîtres qui ont rétrocédé par la simple incision des parties molles qui les recouvrent, soit des téguments seuls, soit des plans musculo-aponévrotiques compris.

L'exothyropexie véritable comprend, en résumé, deux temps principaux : dans un premier temps, on met à découvert le corps thyroïde et l'on arrive jusqu'à lui. Dans un deuxième temps, on procède à l'extraction en dehors d'un lobe ou de plusieurs lobes hypertrophiés.

La luxation à l'extérieur du corps thyroïde, à travers une simple incision médiane, produit une perturbation vasculaire plus considérable que celle qui est faite par le moyen d'une incision cruciale, parce que le tiraillement et l'étranglement des vaisseaux, et, par suite, la stase sanguine, sont plus accentués.

Au bout de quelque temps, la peau s'avance graduellement sur la tumeur luxée à mesure que celle-ci s'atrophie et se recouvre de bourgeons charnus; ce travail de réparation s'effectue indépendamment de toute direction chirurgicale, et lui échappe à peu près, au point de vue de sa rapidité et de sa manière de se comporter.

Le seul reproche qu'on puisse faire à l'exothyropexie est la longue durée dans certains cas de la réparation de la perte de substance.

Quant à l'atrophie elle-même, il est encore difficile d'en déterminer la cause : le prof. Poncet tend à l'attribuer à la thrombose veineuse.

Il pose ainsi les résultats et les indications de l'exothyro·exie.

Elle est une opération *curative* à elle seule et sans autre adjuvant. Elle peut être une opération d'*urgence* dans les goîtres plongeants, rétrosternaux ou dans les goîtres constricteurs. Elle peut être le *premier temps* d'une excision ou d'une énucléation qui alors se feront à sec et en dehors des loges du cou. Enfin, le plus souvent, elle remplit ces trois indications à la fois.

Elle s'adresse donc à toutes les variétés anatomiques des goîtres : vasculaires (qui ne relèvent que d'elle, surtout lorsqu'ils sont volumineux), parenchymateux, à noyaux, polykystiques, gros ou petits, rétrosternaux ou cervicaux ; elle est applicable aussi à toutes leurs variétés cliniques : goîtres simples, goîtres exophtalmiques, goîtres des crétins.

Peut-être l'exothyropexie trouvera-t-elle également son indication dans la maladie de Basedow, sans hypertrophie de la thyroïde.

L.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 24 *mars* 1894.

1. Rapport de la Commission à laquelle a été renvoyé l'examen du mémoire (œuvre posthume) de M. le d[r] Motte, correspondant, portant pour titre : *Massage et hydrothérapie dans les affections utérines.* — M. Hubert, rapporteur. (Voir plus haut).

2. Rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner le travail de M. le dr J. Denys, professeur à l'Université de Louvain, intitulé : *Le diagnostic rapide du choléra asiatique.* — M. Van Ermengem, correspondant, rapporteur.

La note de M. Denys a pour but d'établir que l'examen des vomissements et des selles, à frais, soit comme tels, soit après dilution dans du bouillon, constitue un excellent moyen de diagnostic rapide du choléra asiatique. On y reconnaîtrait facilement les vibrions à leurs mouvement caractéristiques, même lorsqu'ils seraient très rares.

Il résulterait des observations de l'auteur. que la réaction indolnitreuse peut n'apparaître que tardivement dans les cultures possédant tous les autres caractères des vibrions du choléra asiatique. Ce serait s'exposer à commettre de graves erreurs que d'interrompre l'examen d'une culture suspecte dans la solution du peptone, parce qu'elle ne donne pas la réaction au bout de huit heures. Après l'addition de l'acide, on attendra aussi qu'elle ait le temps de se produire.

Tout en laissant à M. Denys la responsabilité de ces affirmations, la Commission propose d'insérer la note dans le *Bulletin* et d'adresser des remerciements à l'auteur. — Adopté.

1. Suite de la discussion sur *l'hospitalisation des épileptiques.*

M. Barella commence par rappeler l'origine de cette discussion. En 1885, le regretté M. Hambursin, se fondant sur ce que les épileptiques ne sont pas admis dans tous les hôpitaux, avait demandé la création d'un asile spécial pour le placement des épileptiques nécessiteux.

Sur la proposition de M. Masoin, appuyée par l'Académie, une enquête officielle fut établie. Elle nous apprit qu'à la date du 31 mars 1886 il y avait en Belgique 851 épileptiques séquestrés dans les 24 institutions pour aliénés du pays et au moins 3,106 épileptiques libres.

M. Barella pense que ce dernier chiffre est de beaucoup inférieur à la réalité, l'épilepsie étant une maladie que l'on cache volontiers, cette affection étant aussi parfois confondue avec d'autres névroses convulsives, et les formes qui s'éloignent du type ordinaire étant souvent méconnues. La question devant laquelle on se trouve, dit-il, est celle-ci : Quel doit être le mode d'assistance des épileptiques indigents ? Faut-il interner tous ces malheureux ? Où convient-il de les placer ?

Pour résoudre ces questions, M. Barella commence par diviser les épileptiques en deux séries : les épileptiques incurables et les épileptiques chez lesquels la guérison peut être espérée. Ces derniers sont atteints d'une épilepsie de nature réflexe ou symptomatique, d'une affection, d'une diathèse, d'une intoxication que l'on peut guérir. Le pronostic cependant est presque toujours mauvais, la guérison exceptionnelle, parce que, même dans les épilepsies liées à des affections qui peuvent guérir, la modalité anormale peut être devenue une habitude définitive de l'organisme.

Il cite quelques-unes des médications qui ont été instituées contre l'épilepsie et indique le traitement auquel lui-même a recours, traitement qui s'éloigne de ceux qui ont été suivis jusqu'ici. Il s'élève contre l'emploi du bromure de potassium que ses partisans administrent pendant des mois et des années à des doses énormes, car ils en poussent

l'emploi jusqu'à l'abolition de la nausée réflexe produite par le toucher de l'épiglotte avec la cuiller introduite dans la bouche. Il signale les dangers que présente pour l'économie l'usage longtemps prolongé de cette drogue et montre que son traitement à lui n'offre aucun de ces inconvénients. Ce traitement consiste dans l'emploi de la liqueur de Fowler à la dose de sept gouttes dans un peu d'eau, matin et soir, pendant les quinze premiers jours du mois, et du tartre stibié à la dose de 6 milligr. en six granules par jour, pendant les quinze autres jours.

M. Barella établit ensuite que les épileptiques nécessiteux et sains d'esprit peuvent parfaitement être traités à domicile et y recevoir l'assistance officielle.

Il réserve le placement pour les épileptiques nécessiteux, invalides, sans famille, sans feu ni lieu, qui devraient être casés dans des asiles, non tant pour y subir un traitement, mais par mesure d'humanité, pour les mettre à l'abri du besoin. Il parle ensuite de l'état mental des épileptiques et il s'élève contre le placement d'épileptiques sains d'esprit, ou à peu près, dans des asiles d'aliénés.

Les idiots aussi peuvent généralement être gardés chez eux, s'ils ont un domicile : la science ne peut rien pour eux.

Quant aux épileptiques aliénés, ils seront, selon les cas, comme tous les autres aliénés, soumis au régime patronal à Gheel ou à Lierneux, placés dans un asile fermé, et, s'ils ont commis un crime ou s'ils sont dangereux, une place leur sera réservée dans l'asile qu'on édifie en ce moment pour les aliénés criminels.

M. Barella termine par les conclusions suivantes :

1. Le traitement des épileptiques peut se faire en leur domicile comme en un hôpital, excepté pour les aliénés.

2. Les épileptiques aliénés doivent suivre les conditions faites aux autres aliénés.

3. Les épileptiques idiots pourront être assistés dans leur famille.

4. Il n'y a pas lieu, il n'est pas humain d'interner dans des asiles d'aliénés des épileptiques sains d'esprit ou à peu près.

5. Les épileptiques sains d'esprit, mais incapables de travail, seront assistés dans leur famille, s'ils possèdent une famille véritable, et placés dans un asile spécial, s'ils sont seuls, sans assistance familiale. Le placement a pour but de les soustraire à la misère, de pourvoir à leurs besoins, de leur procurer le couvert et le gîte.

6. Cette dernière série d'épileptiques se trouve dans le cas de tous les invalides sans feu ni lieu, mais, en aucun cas, ils ne pourront être mêlés à la population infime des dépôts de mendicité.

En résumé, dit l'orateur, la base de l'assistance des épileptiques doit être la famille, à domicile. Là seulement où cette assistance est impossible, il y a lieu à placement. Celui-ci doit être l'exception, non la règle.

— La suite de cette discussion est ajournée à la prochaine réunion.

2. Discussion sur la *ponction de la vessie.*

M. Bouqué rappelle que M. Deneffe, dans la séance du 25 janvier 1890, à la suite d'une observation de ponction hypogastrique de la

vessie pour cause de rétention d'urine, émit l'opinion que la ponction est nne opération facile, bénigne, utile et heureuse dans ses résultats, indiquée dans tous les cas où le cathétérisme est resté insuffisant. Cette communication fournit à M. Thiry l'occasion d'exposer ses idées sur la question. Pour lui, la ponction peut s'imposer comme moyen rationnellement applicable dans certains cas de rétention de cause prostatique ; mais dans les cas de rétrécissement vrai du canal urétral, la ponction vésicale est absolument contre-indiquée. Enfin, M. Debaisieux n'admet l'opération en litige que comme dernière ressource, et dans les cas seulement où le cathétérisme est impossible. Dans ces cas alors, il faut recourir de préférence à la ponction capillaire suivie d'aspiration.

M. Bouqué veut rechercher, à la lumière des faits, quelle part de vérité réside dans chacune de ces opinions. Il tâche d'abord de bien préciser le débat. Il s'agit, d'après lui, de combattre une rétention complète d'urine survenant dans le cours de n'importe quelle maladie des voies urinaires ou d'organes avoisinants.

La rétention n'est qu'un symptôme, pouvant survenir dans le cours de beaucoup d'affections et se présentant souvent avec un tel caractère de gravité qu'il faut le combattre sur l'heure, sans se préoccuper de la maladie qui l'engendre. La première chose à faire donc, c'est d'évacuer le liquide qui remplit le réservoir urinaire. Comment ? — De deux manières différentes : par les voies normales, au moyen du cathétérisme; par une voie anormale ensuite, en recourant à la ponction. On choisit d'abord la voie naturelle, parce que la voie anormale nécessite la production d'une solution de continuité, d'une plaie. Mais si le cathétérisme, comme il n'arrive que trop souvent, provoque lui-même ces lésions, ces plaies, l'avantage que présente cette méthode disparaît. On est alors en présence de deux méthodes sanglantes, et dans ce cas, il faut choisir celle qui occasionne la blessure la plus nette, la plus franche, la plus aseptique, c'est-à-dire la ponction, et écarter celle qui provoque des plaies contuses, pénétrant dans les tissus et organes péri-urétraux et exposant à tous les dangers de l'infiltration urinaire.

Une fois la ponction décidée, c'est la voie hypogastrique seule qu'il faut choisir; les autres procédés de ponction n'appartiennent plus qu'à l'histoire. La ponction sus-pubienne, pratiqué selon toutes les règles de l'asepsie la plus rigoureuse, ne peut présenter aucune espèce de gravité, surtout si l'on se sert des appareils de Dieulafoy ou de Potain.

M. Bouqué continuera son discours dans la séance suivante.

—

Séance du 28 *avril* 1894.

Rapport sur l'opuscule de Mgr de Harlez, professeur à l'Université de Louvain, traitant de la médecine dans la Chine antique et moderne; par M. Lefebvre, membre titulaire

« Je n'apprendrai rien à personne, dit le rapporteur, en rappelant que Mgr de Harlez, professeur à l'Université de Louvain, compte parmi les premiers sinologues de l'Europe. Je doute qu'il y ait dans notre pays quelque médecin possédant la langue de la Chine et versé

dans la littérature de cette contrée lointaine. Je pense que nous devons de la reconnaissance à un savant absorbé par des travaux d'un autre genre, de nous avoir donné des renseignements précis sur la médecine des Chinois. Vous lirez certainement avec le plus grand intérêt la notice de Mgr de Harlez, que j'ai offerte de sa part à notre Compagnie. Cette notice n'est guère susceptible d'analyse, n'étant elle-même qu'une analyse. » M. Lefebvre se borne à en indiquer les lignes principales. Il termine ainsi :

« J'ai l'honneur de vous proposer, messieurs, des remerciemenis à Mgr de Harlez pour son intéressante communication et de la déposer à notre bibliothèque, de sorte que les curieux de la science exotique puissent retrouver dans tous leurs détails les renseignements que je n'ai fait qu'esquisser, et les judicieuses observations dont le savant prélat les a accompagnés. » Adopté.

Du diagnostic du charbon bactéridien par l'examen microscopique du sang; par M. Gratia, correspondant.

M. Gratia résume les caractères morphologiques de la bactéridie charbonneuse dans les termes suivants :

1° *La bactéridie a la forme d'un bâtonnet de longueur variant de 5 à 20 μ sur 1 à 1,5 μ de largeur, fragmenté en articles courts de 1,5 à 2 μ, qui sont placés bout à bout comme les anneaux d'un ténia;*

2° *Les extrémités de chaque article sont légèrement renflées, ce qui donne à l'ensemble de la colonie l'aspect noueux d'un bâton de bambou;*

3° *Des espaces clairs, la plupart en forme de parenthèses ou de lentilles biconvexes, existent au niveau des intersections des articles, et résultent de ce que ceux-ci ne sont pas coupés perpendiculairement, mais légèrement excavés en crosse de fusil;*

4° *Enfin, une capsule à bords bien définis entoure le bâtonnet et semble lui former une gangue protoplasmatique servant de support aux noyaux bacillaires qui forment la chaîne bacteridienne.*

La gaine manque dans les bactéridies en culture et dans tous les germes du sang étranger au charbon.

Ces caractères sont constants dans les préparations faites avec certaines méthodes et examinées avec un grossissement de 600 à 900 diamètres et un éclairage Abbé. Ils sont représentés d'une manière frappante dans les photographies et dans des schémas dessinés aussi exactement que possible d'après nature.

Sur un cas de béribéri; par M. Firket, correspondant.

Le béribéri a régné avec une intensité considérable parmi les travailleurs attachés à la construction du chemin de fer du Congo; c'est l'explosion d'une épidémie béribérique qui a pendant de longs mois retardé l'avancement des travaux. Elle a d'ailleurs disparu aujourd'hui des chantiers et la maladie ne se montre plus que par cas isolés.

Elle a frappé très inégalement les différentes races réunies sur les chantiers : les Sénégalais ont été plus épargnés que les autres Africains ; les Chinois ont été décimés; les blancs ont été peu atteints.

Le malade observé à Liège par MM. Canter et Firket avait contracté l'affection à Matadi dans des conditions qui établissent d'une façon très nette l'influence d'un séjour prolongé sur un sol infecté par une eau chargée de matières fécales.

Quant aux symptômes, ils ont été ceux du béribéri mixte, avec prédominance des troubles de sensibilité et de motilité, dyspnée, etc., l'œdème restant modéré et fugace.

Le transfert du malade loin des endroits contaminés et surtout le retour en Europe ont fortement amélioré son état; mais six mois après le début des accidents. tandis que la motilité et la sensibilité sont rétablies, le réflexe rotulien reste aboli et l'excitabilité électrique des nerfs et des muscles présente encore des anomalies.

CONCOURS DE L'ACADÉMIE.

1893-1895.

Étude des causes et de la prophylaxie de la mortalité infantile déterminée en Belgique par les affections des voies digestives.

Prix : 600 *francs.* — *Clôture du concours* : 15 *janvier* 1895.

1893-1895.

Faire l'étude pathogénique et clinique des névroses traumatiques.

Prix : 600 *francs.* — *Clôture du concours* : 15 *février* 1895.

1894-1895.

Exposer les indications, la technique, les résultats immédiats et les résultats éloignés et définitifs des opérations pratiquées sur les voies bilaires, en se basant autant que possible sur des observations personnelles.

Prix : 800 *francs.* — *Clôture du concours* : 15 *avril* 1895.

1894-1895.

Déterminer, autant que possible par des recherches expérimentales, quelles sont, en dehors des maladies suivantes : l'affection morvo-farcineuse, la tuberculose, la trichinose, la ladrerie, la rage et le charbon bactéridien, celles dont les altérations doivent faire rejeter de la consommation publique la viande des animaux qui en sont atteints.

Prix : 700 *francs.* — *Prix du concours* : 15 *avril* 1895.

1894-1895.

Prix fondé par le Dr da Costa Alvarenga.

Aux termes du testament de M. Alvarenga, « l'intérêt du capital constituera un prix annuel qui sera appelé : *Prix d'Alvarenga, de Piauhy* (Brésil). Ce prix sera décerné, à l'anniversaire du décès du fondateur, à l'auteur du meilleur mémoire ou ouvrage inédit (dont le sujet sera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine, lequel ouvrage sera jugé digne de récompense, après que l'on aura institué un concours annuel et procédé à l'examen des travaux envoyés selon les règles académiques (1).

(1) L'Académie a décidé, dans le comité secret de la séance du 26 décembre 1891,

» Si aucun des ouvrages n'était digne d'être récompensé, la valeur du prix serait ajoutée au capital. »

Prix : 750 francs. — Clôture du concours : 1er février 1895.

CONDITIONS DES CONCOURS.

Les Membres titulaires et les Membres honoraires de l'Académie ne peuvent point prendre part aux concours.

Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, *francs de port*, au Secrétaire de l'Académie, à Bruxelles.

Sont exclus des concours :

1° Le mémoire qui ne remplit pas les conditions précitées;

2° Celui dont l'auteur s'est fait connaître directement ou indirectement;

3° Celui qui est publié, en tout ou en partie, ou présenté à un autre corps savant.

L'Académie exige la plus grande exactitude dans les citations, ainsi que la mention de l'édition et de la page du texte original.

Le mémoire de concours et le pli cacheté dans lequel le nom et l'adresse de l'auteur sont indiqués doivent porter la même épigraphe.

Le pli annexé à un travail couronué est ouvert par le Président en séance publique.

Lorsque l'Académie n'accorde qu'une récompense à un mémoire de concours, le pli qui y est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur. Cette demande doit être faite dans le délai de six mois. Après l'expiration de ce délai, la récompense n'est plus accordée.

Le manuscrit envoyé au concours ne peut pas être réclamé; il est déposé aux archives de la Compagnie. Toutefois l'auteur peut, après la proclamation du résultat du concours, obtenir, à ses frais, une copie de son travail faite par un des employés du Secrétariat de l'Académie.

L'Académie accorde gratuitement à l'auteur du mémoire dont elle a ordonné l'impression cinquante exemplaires tirés à part, et lui laisse la faculté d'en obtenir au plus grand nombre à ses frais.

BIBLIOGRAPHIE.

LES SANATORIA POUR LE TRAITEMENT DE LA PHTISIE par le Dr MŒLLER.

DAVOS : ÉTUDE CLIMATOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE par le même.

Nous avons analysé plus haut la partie du premier de ces ouvrages dans laquelle l'auteur s'attache à démontrer l'importance du traitement hygiénique de la tuberculose.

Dans l'autre partie, il donne des renseignements circonstanciés sur

que l'article 119 du règlement de la Compagnie ne sera pas applicable aux mémoires manuscrits qui prendront part à ce concours. Cet article est conçu en ces termes : « Les travaux couronnés et ceux qui ont mérité une distinction, peuvent être publiés dans le recueil des mémoires en vertu d'un vote pour chaque mémoire. »

les conditions des principaux sanatoria : outre ceux qui sont suffisamment connus tels que Gœbersdorf, Falkenstein, Davos, nous signalerons comme intéressant particulièrement notre pays celui de Hohenhonnef, sur le Rhin, non loin de Cologne, et dans les contrées de langue française celui de Leysin dans la vallée du Rhône, et celui de Canigou dans les Pyrénées ; il n'en existe malheureusement pas encore dans notre pays.

Le dr Mœller a en outre consacré un livre spécial à l'étude complète de Davos, la station par excellence pour le traitement de la tuberculose pulmonaire à ses débuts.

La lecture de ces ouvrages, écrits par un praticien distingué qui a pris la peine de visiter lui-même bon nombre des établissements signalés, est excessivement attrayante, mais nous voulons louer surtout l'œuvre de vulgarisation et de propagande, d'une incontestable utilité, entreprise par un homme convaincu et consciencieux ; beaucoup lui seront redevables des plus grands bienfaits : c'est le meilleur éloge que nous puissions lui adresser et nous ne croyons pas nous tromper en ajoutant que c'est la meilleure récompense qu'il attend.

Dr L. D.

—

TRAITEMENT PRÉVENTIF DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE. par le Dr BAIVY.

Notre confrère de Namur est un travailleur dont le zèle se fait justement apprécier ; un de ses mémoires vient encore d'être couronné par la Société de médecine de Gand ; il renferme une étude précise, très instructive des moyens de transmission de la tuberculose, de ses causes prédisposantes, des influences héréditaires, pour aboutir à cette conclusion finale qui indique suffisamment l'esprit de ce travail : Si ce grand fléau de l'espèce humaine — la tuberculose — doit continuer ses ravages avec la même intensité, que les familles et les pouvoirs publics en portent la responsabilité ! Dr L. D.

—

LA TRÉPANATION DU CRANE, par le Dr Léon GALLEZ.

Cette nouvelle publication de l'auteur a le mérite des précédentes ; comme son traité du diagnostic des tumeurs du ventre et d'autres œuvres qui toutes ont obtenu les plus honorables distinctions, elle constitue une véritable monographie, que tous ceux qu'intéresse la question d'actualité de la trépanation ne pourront se passer de consulter.

Elle prend l'opération à son origine, dans les temps les plus reculés, pour la conduire à travers les âges et une série de vicissitudes jusqu'à l'époque actuelle où elle s'appuie sur des bases réellement scientifiques et où elle devient si féconde en résultats.

C'est ainsi que la doctrine des localisations cérébrales et la topographie cranio-cérébrale occupent à bon droit une partie importante de l'ouvrage.

Les qualités du style, la clarté de l'exposition, la rigueur de la méthode suivie, le choix des observations, sans négliger le soin donné à l'impression, tout contribue à faire du livre une œuvre réellement

méritoire, qui fait honneur au travail consciencieux et à la critique judicieuse de notre jeune confrère, déjà si avantageusement connu.

Dr L. D.

—

DU PLACENTA PRŒVIA, par le Dr E. MAHIEUX.

TRAITEMENT DU TYPHUS PAR LES BAINS FROIDS par le dr COMPAGNION.

Nous signalons avec plaisir les excellentes thèses que deux jeunes docteurs de notre faculté ont écrites conformément à la loi, après avoir subi devant une faculté française toutes les épreuves requises pour obtenir à la fois le titre de docteur et l'autorisation de pratiquer dans ce pays.

La première a été défendue par devant la faculté de Paris, l'autre par devant celle de Lille.

Nous félicitons les auteurs de leur zèle et de leur succès qui font honneur à notre Université. Dr L. D.

—

TRAITÉ DE PHARMACOLOGIE CLINIQUE par le prof. PENZOLDT.
(traduit par le prof. HEYMANS et le dr DE LANTSHEERE).

On nous demande souvent quel est le meilleur traité de thérapeutique : beaucoup ont vieilli, en voici un très moderne, qui a bien des qualités et qui n'a peut-être d'autre défaut — si c'est un défaut — que sa concision.

C'est en 200 pages un exposé exact et suffisamment complet de la matière médicale, y compris les médicaments les plus récemment introduits dans la thérapeutique. On n'y trouvera pas de longues considérations sur l'action physiologique des remèdes, mais quelques données exactes largement suffisantes ; les indications, le mode d'administration prennent la première place.

Nous ne saurions trop recommander à nos lecteurs de se procurer ce livre dont l'impression est très soignée — ce qui ne gâte rien, — ni trop féliciter les auteurs de l'avoir fait connaître : ajoutons que leur rôle n'a pas été celui de simples traductenrs ; ils ont cherché par quelques modifications à mettre la traduction davantage à la portée des praticiens de notre pays. Dr L. D.

—

COMPTES-RENDUS DU CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.
par les Drs Jacobs et Popelin.

On se rappelle le succès qu'a obtenu, il y a deux ans, le premier Congrès de gynécologie et d'obstétrique, réuni à Bruxelles; on appréciera surtout son importance en parcourant les comptes-rendus, présentés par les drs Jacobs et Popelin en un magnifique ouvrage de près d'un millier de pages.

Par la façon remarquable dont les auteurs se sont acquittés d'une tâche difficile, on peut soupçonner qu'ils avaient pris une part active à l'organisation du Congrès et qu'ils ont le droit de revendiquer l'honneur de l'avoir conduit à si bonne fin.

Le livre est, comme on l'a dit, un véritable monument élevé à la gynécologie ; il marquera une des étapes les plus importante dans la marche envahissante de cette science dont l'origine est si récente encore. Dr L. D.

VARIÉTÉS.

Éclairage de l'estomac. Il y a plusieurs années que Einhorn a essayé d'éclairer la cavité stomacale chez l'homme vivant ; son appareil se composait d'une sonde œsophagienne de Nélaton munie à son extrémité stomacale d'une lampe à incandescence du système Edison ; cet appareil a été modifié de telle façon que le tube œsophagien double conduit non seulement les fils qui relient la lampe terminale à un accumulateur, mais encore un tuyau muni d'un robinet qui permet de remplir l'estomac avec de l'eau.

Voici quelle est la manière de procéder : après avoir légèrement chauffé l'appareil en le plongeant quelques instants dans de l'eau tiède, on introduit à l'aide d'un irrigateur un ou deux litres d'eau à 38° dans l'estomac. Il faut avoir soin de faire l'expérience sur un malade à jeûn, et il est bon de prendre la précaution de le faire aller préalablement à la garde-robe. Quand l'estomac a été rempli d'eau, on ferme le robinet; on met la lampe en communication avec l'accumulateu et on peut alors procéder à l'examen du malade debout ou couché, en ayant soin de le placer dans l'obscurité complète.

Chez un individu normal l'éclairage de l'estomac rend lumineuse toute la région comprise entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic. La limite supérieure est tracée nettement par l'obscurité du foie; la zone éclairée se termine insensiblement vers l'espace sémilunaire de Traube ; à gauche elle est limitée par la rate qui reste obscure ; la zone de diaphanoscopie s'élève et s'abaisse suivant l'inspiration et l'expiration. Quand il y a de la dilatation de l'estomac la limite inférieure de la partie éclairée peut descendre au-dessous de l'ombilic. Dans les cas de gastroptose, l'estomac perd le contact du diaphragme; la petite courbure devient visible et elle ne suit plus les mouvements de la respiration. Si devant l'estomac il se trouve des anses intestinales, elles apparaissent comme une bande sombre lorsqu'elles contiennent des matières.

On a pu par ce procédé faire le diagnostic de tumeurs de l'estomac, même dans des cas où la palpation et la percussion avaient donné un résultat négatif.

Cependant, il faut que la tumeur ait au moins un centimètre et demi d'épaisseur pour perdre sa transparence.

Il est certain que la diaphanoscopie peut servir à faire le diagnostic différentiel de la dilatation stomacale et de la gastroptose. L'avenir montrera si elle peut être utilisée pour le diagnostic précoce des tumeurs de l'estomac.

Il semble que l'éclairage de l'estomac peut rendre de bons services pour le diagnostic des tumeurs de la face antérieure. Quant aux cancers de la région pylorique, ils ne peuvent être reconnus de cette façon à cause de l'ombre du foie. L.

TABLE DES MATIÈRES.

A

B

C

D

E

F, G

H

I, K

L

M, N

O

P

R

S

NOUVELLES.

CONGRÈS DES SAVANTS CATHOLIQUES.

Le congrès des savants catholiques se réunira à Bruxelles et y tiendra ses séances du 4 au 8 septembre prochain. Le comité organisateur est présidé par notre collègue M. le prof. Lefebvre.

La carte de membre coûte 10 frs et donne droit à un exemplaire du compte-rendu des travaux du Congrès.

IGAL
250